

TABAGISMO E ETILISMO ENTRE UNIVERSITÁRIOS DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA

Autor 1 – Anael Queirós Silva – Universidade Federal do Piauí – E-mail: anaelqueiros@hotmail.com

Autor 2 – Jayne Ramos Araujo Moura – Universidade Federal do Piauí – UFPI

Autor 3 – Reângela Cíntia Rodrigues de Oliveira Lima – Universidade Federal do Piauí – UFPI

Autor 4 – Brenda Monise Silva Sousa – Universidade Federal do Piauí – UFPI

Autor 5 – Rosa Dantas da Conceição – Universidade Federal do Piauí – UFPI

Autor 6 – Profa. Dr^a Ana Roberta Vilarouca da Silva – Universidade Federal do Piauí – UFPI

Palavras-chave: Consumo de álcool. Tabagismo. Universitários.

Resumo

O objetivo do presente estudo foi avaliar tabagismo e etilismo entre universitários de uma instituição pública. A amostra com 550 participantes de ambos os sexos matriculados no local de realização do estudo, a partir de dados obtidos nas coordenações do curso em janeiro de 2012; responderam a um questionário contendo dados sociodemográficos e a prática de tabagismo e etilismo, sob supervisão da equipe de pesquisa. A caracterização da amostra dos dados socioeconômicos, 66,2% compreendem o sexo feminino e 85,1% estavam na faixa etária entre 18 e 25 anos de idade, com média de 22,6 anos. A cor referida pelos participantes de predominância foi a parda com 51,6%. Quanto à situação laboral, 69,3% apenas estudam. Para classe econômica, cerca de 51,8%, foram denominados entre as classes C1 e C2, com renda média de R\$1.629,00 reais, 86,7% dos estudantes eram solteiros, e 39,6% deles residiam com os pais. Quanto ao tabagismo 94% das mulheres afirmaram não fumar; e o sexo masculino 12,4% relataram serem fumantes. E para variável etilismo, 50% das mulheres estavam classificadas em zona II, de médio risco e 33,3% dos homens na zona de alto risco. Sugere-se que medidas sejam tomadas frente ao estilo de vida adotado por estes jovens, uma vez que este traz consequências fisiológicas, psíquicas e sociais graves. A educação em saúde destaca-se neste sentido sendo uma estratégia eficaz para divulgar tais males à população em geral e para a conscientização a respeito dos riscos do consumo do álcool e tabaco.

Introdução

Nas últimas décadas, os padrões de morbimortalidade sofreram modificações profundas, sendo que a predominância das mortes deixou de ser por doenças infecto-contagiosas para ser decorrente de doenças ligadas ao estilo de vida. Esse processo é conhecido como transição epidemiológica e afetou inicialmente os países de renda alta, mas posteriormente chegou aos países de renda média e baixa, sendo que nesses o processo ocorreu de maneira acelerada (PRATA, 1992). Entre os comportamentos prejudiciais à saúde, destaca-se o consumo de álcool e cigarro, por ser um dos mais prevalentes na população, inclusive entre os jovens (NOTO; GALDURÓZ, 1999).

Reportando-se aos universitários, é fato que o consumo de álcool é uma prática frequente, muitas vezes desde o início da vida acadêmica: no momento da celebração pela aprovação no vestibular. O ingresso na universidade representa uma nova realidade e proporciona um sentimento de independência, o que faz com que muitos jovens busquem novas experiências, incluindo a adesão ao etilismo e ao tabagismo. Esse tipo de comportamento repercute diretamente sobre a saúde dos jovens, principalmente nos âmbitos físico e psicológico (COSTA et al., 2012) 009

O objetivo principal do presente estudo foi avaliar tabagismo e etilismo entre universitários de uma instituição pública.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e transversal. O estudo foi realizado em uma instituição pública de ensino superior localizada no município de Picos/PI, no período de dez/2012 a set/2013. A população constituiu-se de 2.868 universitários de ambos os sexos matriculados no local de realização do estudo, a partir de dados obtidos nas coordenações do curso em janeiro de 2012. O tamanho da amostra resultou em 550 participantes. Como critérios de inclusão estabeleceram-se os seguintes: Ter idade acima de 18 anos, por conveniência, pois muitos não moram com os responsáveis e não teria como ter a assinatura dos pais/responsáveis no Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); ser matriculado e frequentar regularmente a Universidade; participar de todas as etapas da pesquisa.

Variáveis socioeconômicas: Idade: foi computada em anos; cor: considerou-se a cor da pele, a saber: negra, branca, amarela ou parda; situação laboral: foram consideradas as seguintes opções, a saber: apenas estuda, estuda e trabalha formalmente e estuda e trabalha informalmente; renda familiar: analisou-se o valor bruto dos vencimentos mensais da família do pesquisado em reais. Situação conjugal: foram consideradas as seguintes opções, a saber: casado/união consensual; solteiro; viúvo; separado. Com quem mora: computou-se as seguintes respostas, a saber: pais; familiares; amigo (a); companheiro (a); sozinho (a).

Classe econômica: a classificação econômica determinou-se a partir do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) elaborado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), bastante difundido entre as publicações. Ele tem como objetivo determinar o poder aquisitivo das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais” e partindo para a classificação em classes econômicas. É um instrumento de segmentação econômica que utiliza o levantamento de características domiciliares (presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto e grau escolaridade do chefe de família) para diferenciar a população. O critério atribui pontos em função de cada característica domiciliar e realiza a soma destes pontos. É feita então uma correspondência entre faixas de pontuação do critério e estratos de classificação econômica definidos por A1, A2, B1, B2, C1, C2, D, E (ABEP, 2012).

Tabagismo, os alunos foram classificados em quatro categorias: fumantes diários, fumantes ocasionais, ex-fumantes e não fumantes. Fumantes diários foram os que fumavam, pelo menos, um cigarro por dia por, no mínimo, um mês antes do preenchimento do questionário; fumantes ocasionais estavam os que não fumam diariamente; ex-fumantes foram aqueles que, após terem sido fumantes, deixaram de fumar há pelo menos um mês; e não fumantes considerou-se os que nunca fumaram ou estavam fumando há menos de um mês (WHO, 2003). No que se refere ao etilismo, utilizou-se como instrumento de mensuração, o Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) que é um teste de 10 perguntas desenvolvido pela OMS como instrumento de rastreamento especificamente para identificar pessoas com consumo nocivo do álcool, como também aquelas que possuem dependência do álcool. Empregou-se a versão validada no Brasil por Méndez (1999) e Figlie et al. (2000).

Para a análises dos dados; os mesmos foram organizados em planilha do Microsoft Excel 2010. Em seguida os dados foram transportados para o Statistical Package for the Social Sciences IBM (SPSS), versão 20.0 onde foram calculadas as medidas estatísticas (média e desvio padrão), o teste Pearson Chi-Square para associação das variáveis. Para todas as análises estatísticas inferenciais foram consideradas como estatisticamente significantes aquelas com $p < 0,05$.

Este projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí – UFPI, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS) possuindo aprovação pelo Certificado de Apresentação para a apreciação Ética de nº 0408.0.045.000-11, aprovado dia 30/11/2011. Os universitários que concordaram em participar assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual constam as informações detalhadas sobre o estudo, liberdade para desistir do mesmo a qualquer momento, a garantia do anonimato e, ainda, que o estudo não trará nenhum prejuízo ou complicações para os participantes (BRASIL, 1996).

Resultados e Discussão

A pesquisa foi realizada com 550 estudantes universitários dos cursos de bacharelado em Enfermagem, Nutrição, Administração, Sistemas de Informação e cursos de licenciatura em Matemática, Pedagogia, Letras, História e Biologia.

TABELA 1 - Caracterização da amostra segundo os dados socioeconômicos dos acadêmicos de uma Universidade Pública. - Picos-PI, jan. /Mar, 2013.

Variáveis	n	%	Média \pm DP
Sexo			
Feminino	364	66,2	
Masculino	186	33,8	
Faixa etária			22,6 \pm 4,41
18 – 25	468	85,1	
26 – 51	82	14,9	
Cor			

Branca	184	33,5
Negra	64	11,6
Amarela	18	3,3
Parda	284	51,6
Situação laboral		
Apenas estuda	381	69,3
Estuda e trabalha formalmente	108	19,6
Estuda e trabalha informalmente	61	11,1
Classe econômica		
A1 - A2	11	2,0
B1 - B2	186	33,8
C1 - C2	285	51,8
D – E	68	12,4
Situação conjugal		
Casado	61	11,1
Solteiro	477	86,7
Viúvo	03	0,6
Separado	09	1,6
Com quem mora		
Pais	218	39,6
Familiares	86	15,6
Amigos	170	30,9
Companheiro (a)	56	10,2
Sozinho	20	3,7

DP - Desvio Padrão

A Tabela 1 apresenta a caracterização da amostra dos dados socioeconômicos, em vista que 66,2% compreendem o sexo feminino e 85,1% estavam na faixa etária entre 18 e 25 anos de idade, com média de 22,6 anos. A cor referida pelos participantes de predominância foi a parda com 51,6%. Quanto à situação laboral, 69,3% apenas estudam. Para classe econômica, cerca de 51,8%, foram denominados entre as classes C1 e C2, com renda média de R\$1.629,00 reais, 86,7% dos estudantes eram solteiros, e 39,6% deles residiam com os pais.

Quando as mulheres são prevalentes na caracterização da amostra, achados na literatura conseguem comprovar que, de forma semelhante, o sexo feminino é o mais frequente em pesquisas no âmbito da saúde (SILVA et al., 2011; LIRA NETO et al., 2012). Um dos motivos que pode justificar esse predomínio está no fato de as mulheres serem mais preocupadas com a sua saúde, quando comparadas aos homens (COSTA JÚNIOR; MAIA, 2009). Valendo-se ressaltar também que no Brasil de acordo com censo IBGE (2010), a faixa etária de 18 a 24 anos é que dobrou a proporção dos jovens cursando o ensino superior: de 6,9% para 13,9%. Houve aumento da frequência ao ensino superior em todas as regiões do país, entre 1998 e 2008.

TABELA 2 - Distribuição quanto a prática do tabagismo e etilismo por sexo dos acadêmicos de uma Universidade Pública. - Picos-PI, jan. /Mar. 2013.

SEXO					
Variáveis	Feminino		Masculino		p*
	n	%	n	%	
Tabagismo					
Fumantes	22	6	23	12,4	0,010
Não fumantes	342	94	163	87,6	
Etilismo					
Zona I – baixo risco	158	43,4	39	21	0,000
Zona II – médio risco	182	50	85	45,7	
Zona III – alto risco	24	6,6	62	33,3	

*Teste de Pearson Chi- Square

Quanto ao tabagismo 94% das mulheres afirmaram não fumar; e o sexo masculino 12,4% relataram serem fumantes. E para variável etilismo, 50% das mulheres estavam classificados em zona II, de médio risco e 33,3% dos homens encontravam –se na zona de alto risco.

É notável a tendência atual de que homens e mulheres consumam bebidas alcoólicas em iguais proporções. Este fenômeno foi evidenciado em um estudo com universitários de enfermagem no qual 75% da amostra eram constituídos de mulheres que consumiam bebidas alcoólicas, sendo que o consumo em níveis problemáticos foi maior neste grupo em comparação com os homens (56,9% contra 43,1%, respectivamente) (PILLON et al., 2011).

Para o médio consumo de álcool encontrado, o AUDIT relata que, os que se encontram nesta zona, mesmo que eles não estejam apresentando problemas atuais, estão correndo o risco de apresentar, em um futuro próximo, problemas de saúde e de sofrer ou causar ferimentos, violências, problemas legais ou sociais e/ou ter baixo desempenho nos estudos, devido aos episódios de intoxicação aguda. Estes se beneficiariam de orientações que incluem a educação para o uso de álcool e a proposta de estabelecimento de metas para a abstinência ou a adequação do padrão de beber para dentro dos limites considerados de baixo risco (MÉNDEZ, 1999; FIGLIE et al., 2000).

Equiparando os valores encontrados neste estudo sobre etilismo e tabagismo com o estudo proposto por Barros et al. (2009) na Universidade Federal de São Paulo, realizada com 120 estudantes graduandos em enfermagem, em relação ao uso do tabaco, 119 (99,2%) negaram seu uso e que por outro lado, o consumo de bebida alcoólica foi significativo em 41 (34,2%) dos alunos. Percebeu-se que os valores são concordantes no surgimento para o consumo, pois houve maior número de negação para o não uso do tabaco e significativo uso para o etilismo em ambas as pesquisas.

Conclusão

Este estudo permitiu traçar um perfil dos acadêmicos; o tabagismo e etilismo apresentaram prevalências elevadas entre os alunos matriculados na referida instituição de ensino público. Os dados sugerem a necessidade de intervenções no meio acadêmico pois o estudo contribui como um alerta para a população universitária a respeito dos prejuízos inerentes ao consumo alcoólico e do tabaco exacerbado.

Sugere-se que medidas sejam tomadas frente ao estilo de vida adotado por estes jovens, uma vez que este traz consequências fisiológicas, psíquicas e sociais graves. A educação em saúde destaca-se neste sentido sendo uma estratégia eficaz para divulgar tais males à população em geral e para a conscientização a respeito dos riscos dessa prática.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critérios de Classificação Econômica Brasil**. 2012. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>. Acesso em: 18 mar. de 2013.

BRASIL. Resolução 196/96. Decreto nº 93.933 de janeiro de 1987. Estabelece critério sobre pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**, Brasília, DF, v.4, n.2. supl. P.15-25, 1996.

BARROS, A.L.B.L. et al. Alterações do nível pressórico e fatores de risco em graduandos de enfermagem. **Acta Paul Enferm.** v. 22, n. 6, p.8-773, 2009.

COSTA JÚNIOR, F. M.; MAIA, A. C. B. Concepções de Homens Hospitalizados sobre a Relação entre Gênero e Saúde. **Psic. Teor e Pesq**, v. 25, n. 1, p. 55-63, 2009.

COSTA JÚNIOR JJ, GOMES RIB, SOUSA VEC, SARDINHA AHL, VIVEIROS MTM. **Rev Rene**. 2012; 13(2):386-95.

FIGLIE, N. B.; PILLON, S. C.; DUNN, J.; LARANJEIRA, R. The frequency of smoking and problem drinking among general hospital inpatients in Brazil – using the AUDIT and Fagerström questionnaires. São Paulo. **Med J**. v.118, n.5, p.139-143, 2000.

LIRA NETO, J. C. G., et al. Analysis of overweight and obesity in university students. **Jounal of Nursing UFPE online**. v. 6, n.11, p.2770-2776, 2012.

MÉNDEZ, E. B. Uma Versão Brasileira do **AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)** Tese (Doutorado). Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS, 1999.

NOTO AR, GALDURÓZ JCF. Use and Prevention of Psychotropic Drugs in Brazil. **Ciência & Saúde coletiva** 1999; 4(1): 145-51.

PRATA PR. A TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL. **CAD SAÚDE PÚBLICA** 1992; 8: 168-75.

PILLON SC, SANTOS MA, GONÇALVES AMS, ARAÚJO KM. Uso de álcool e espiritualidade entre estudantes de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. 2011; 45(1):100-7.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO [homepage on the Internet]. São Paulo: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo [cited 2009 Aug 03]. **Abordagem e Tratamento do Fumante – Consenso 2001**. [Adobe Acrobat document, 41p.] Available from: http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/destaques/tratamento_fumo-consenso.pdf

SILVA, L. R., et al. Risk fators for diabestes mellitus type 2 in nursing students. **Jounal of Nursing UFPE on line**, v.5, n.3, p.757-763, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. **J Hypertens**. v.21, n. 11, p. 92-1983.2003.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Agradecimentos

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí (FAPEPI) pelo financiamento, que viabilizou a execução deste estudo.

TÉCNICAS DE ABORDAGEM TERAPÊUTICA NA PRÁTICA ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL

Tassya Mikaelle Almeida Dantas Opstad – UNIFOR tassyamikaelle@hotmail.com

Pâmela Câmpelo Paiva – UNIFOR

Fátima Luna Pinheiro Landim – UNIFOR

Fátima de Maria Sales Sanford – UNIFOR

Cecylia Katia Limaverde Pessoa - UNIFOR

Francisca Lucélia Ribeiro de Farias - UNIFOR

Palavras-chave: Saúde Mental

Resumo

Diante das experiências vivenciadas enquanto participante de uma estratégia educativa em hospital dia em saúde mental, levantou-se a necessidade de desenvolver atividades para facilitar esse processo, tais como: atividade em grupo, relacionamento terapêutico utilizando técnicas de comunicação, exame do estado mental, realizando intervenções de enfermagem junto ao cliente. O estudo foi desenvolvido junto aos usuários em sofrimento psíquico no Hospital Mental de Fortaleza. As atividades foram utilizadas como ferramenta para favorecer o diálogo e a participação dos usuários; e, por fim, a construção coletiva de conhecimento. Os encontros aconteciam semanalmente, como parte da terapêutica abordada. Objetiva-se relatar a experiência das técnicas de abordagem terapêutica na prática assistencial em saúde mental. Trata-se de um estudo de abordagem crítico-reflexivo do tipo relato de experiência, ocorrida no período de março a maio de 2014, na cidade de Fortaleza-CE. Após a aplicação da estratégia, levantamos alguns desafios, dentre eles: falta de interação e pontualidade dos usuários, e barreiras na estrutura física do local. Levanta-se a necessidade de um maior envolvimento dos profissionais da saúde e da família nesse contexto. Através dos relatos dos usuários em sofrimento psíquico, destaca-se a relevância das técnicas de abordagem terapêutica, onde estas apresentaram impacto positivo no que se refere ao empoderamento.

Introdução

O usuário com sofrimento psíquico durante todo o processo histórico foi estigmatizado e marcado pela negação dos seus direitos, capacidades e liberdade de expressão. (DUARTE, 2008). Dessa forma o ser louco foi marginalizado das instituições terapêuticas de saúde nas quais suas ações excluía o sujeito. Em decorrência disto a reforma psiquiátrica surge quando a sociedade desperta para as condições de saúde nos quais os usuários em sofrimento mental estavam inseridos (LIMA, 2011).

Estudos apontam que 3% da população mundial necessitam de cuidados contínuos em saúde mental devido a transtornos severos e persistentes. (BRASIL, 2005). Percebe-se que existe uma séria tendência ao agravamento desse quadro atual, considerando o aumento ascendente das doenças crônicas, onde os transtornos mentais fazem parte dessas doenças. (OMS, 2005).

Historicamente, os “loucos” foram definidos de diferentes maneiras (Foucault, 1982). Na Antiguidade Clássica era considerado castigo deferido ao sujeito ter cometido uma afronta divina, na idade média a loucura foi, atrelada à possessão demoníaca, a partir do sec. XVII ocorreu uma super valorização da racionalidade e desvalorização das explicações míticas e religiosas.

“O louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizado no seu erro” (Foucault, 1975:82). O mundo da loucura se tornou o mundo da exclusão social – “A Grande Internação”. O retrato do modelo manicomial eram práticas como: Maus-tratos aos pacientes, eletro-choque, banhos frios, amarração, falta de cuidados com higiene e alimentação.

Percebeu-se a necessidade de mudanças, surgiu então a Reforma Psiquiátrica no Brasil, que teve sua inspiração na reforma ocorrida na Itália. (PÔRTO, 2010).

A reforma psiquiátrica brasileira teve seu início no final da década de 70, após observada a precariedade do tratamento aos internos em manicômios, bem como condições de trabalho. Foi uma reforma conduzida através de lutas e debates. (BARROSO; SILVA, 2011)

Em 1978 Surgimento de diversos movimentos sociais – MTSM (Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental). Em 18 de Maio de 1987 – Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Em 1992, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental. Em 1993 foi aprovada a

Lei nº 12.151 que dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos. Em 2001 foi promulgada a Lei Federal nº 10.216, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Nesse contexto surgiram os serviços substitutivos, dentre eles: NAPS e CAPS, Hospitais-Dia e Hospitais-Noite, Residências Terapêuticas, Unidades / Leitos Psiquiátricos em Hospitais Gerais.

O Hospital Dia, é visto como um recurso para se prevenir a reinternação e promover a reintegração social dos portadores de transtornos mentais. Neste espaço substitutivo são desenvolvidas as atividades com grupo, além de arteterapia, realização de oficinas, entre outras atividades. Todas as atividades são coordenadas por uma equipe multiprofissional, que envolve enfermeiros, psicólogos, terapeuta ocupacional, entre outros. (PESSOA JÚNIOR; NÓBREGA; MIRANDA, 2011).

Os profissionais que atuam dentro do Hospital Dia buscam trabalhar com os usuários através de grupos terapêuticos, um tipo de abordagem terapêutica que começou a ser melhor trabalhada após a reforma psiquiátrica. É um tipo de abordagem que segundo estes profissionais, promovem uma sensação de acolhimento e satisfação, fazendo com que estes usuários consigam na maioria das vezes retornar ao convívio social. (BENEVIDES et al., 2010)

O estudo objetiva relatar a experiência de aplicar técnicas de abordagem terapêutica na prática assistencial em saúde mental.

Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem crítico-reflexivo do tipo relato de experiência, onde o cenário do estudo foi um Hospital-Dia de caráter Público, no município de Fortaleza, Estado do Ceará. A experiência foi efetivada durante as atividades de prática, no período de março a maio de 2014.

Semanalmente eram desenvolvidas atividades de grupo onde todos participavam, usuários, profissionais e acadêmicos. As atividades envolviam variados temas a serem trabalhados, onde priorizava – se a escolha e opinião por parte dos usuários. Além das atividades em grupo, desenvolvíamos um relacionamento terapêutico individual com um usuário e posteriormente a realização do exame mental do mesmo.

Resultados e Discussão

O trabalho em grupo é realizado com o intuito de interagir com as pessoas dinâmica e reflexivamente, já que a técnica de trabalho grupal fortalece as potencialidades de cada participante, valorizando a saúde.(ALONSO,1999).

As atividades terapêuticas grupais através de dinâmicas criativas, são estratégias que estimulam a autonomia e a expressão da cidadania. As técnicas de grupo propiciam momentos educativos que possibilitam ao grupo vivenciar situações inovadoras em todos os níveis, promove o relaxamento, estabelece a autoconfiança, diminui a resistência e temores, estimula a expressão de sentimentos.

Diante das experiências vivenciadas enquanto participante de uma estratégia educativa em hospital dia em saúde mental, levantou-se a necessidade de desenvolver atividades para facilitar esse processo, tais como: atividade em grupo, relacionamento terapêutico utilizando técnicas de comunicação, exame do estado mental, realizando intervenções de enfermagem junto ao cliente. O estudo foi desenvolvido junto aos usuários em sofrimento psíquico no Hospital Mental de Fortaleza. As atividades foram utilizadas como ferramenta para favorecer o diálogo e a participação dos usuários; e, por fim, a construção coletiva de conhecimento. Os encontros aconteciam semanalmente como parte da terapêutica abordada.

Consideramos o relacionamento terapêutico como um instrumento de cuidado que permite a reintegração e reorganização da pessoa que padece psiquicamente. Contribui para a excelência da prática de enfermagem e cria oportunidade de aprendizagem para o cliente, despertando sentimento de confiança entre cliente e profissional.

Trata-se de uma tecnologia de cuidado que possui um rol de saberes e práticas destinadas ao entendimento do ser humano em sua totalidade, de suas limitações, possibilidades, necessidades imediatas e potencialidades. Permite a reflexão, o crescimento pessoal, o reconhecimento do ser humano como importante promotor do cuidado de si e o desenvolvimento de habilidades para o enfrentamento do sofrimento e da reintegração social. (KANTORSKI. et al).

O estagiário utiliza recursos de comunicação, como o saber ouvir, e também de recursos relacionais, como a empatia, para que o usuário sinta-se a vontade para falar de seus problemas, o que facilita a terapêutica, ou seja, suas ações têm uma finalidade clara: o sucesso da comunicação com o usuário. (BARROS E CLARO,2011).

Todo o processo de relacionamento com o usuário era realizado com base em técnicas de comunicação terapêutica, assim como o exame mental, onde havia todo um roteiro a ser seguido. Este processo de cuidado visava a recuperação do estado de saúde mental destes usuários.

O exame do estado mental é uma fotografia de como o indivíduo se apresenta naquele momento ao profissional, com a descrição das

funções psíquicas. É essencial não só para o diagnóstico de possíveis transtornos psiquiátricos, como pode também oferecer indícios importantes de transtornos neurológicos, metabólicos, intoxicações ou efeitos de drogas. (CORDIOLI, 2004). Divide-se na seguinte ordem: Dados Gerais, Aparência, Psicomotricidade, Fala, Estado Afetivo/Humor, Pensamento, Sensopercepção, Memória, Orientação, Julgamento, Necessidades Humanas Básicas e Orientações.

Algumas temáticas também foram abordadas nesses encontros, dentre elas: Preconceito, Educação em Saúde: Alimentação Saudável, Dengue, Autoestima: Dia da Beleza, Relações interpessoais, Auto conhecimento (quem sou eu); como também datas comemorativas: Dia das Mães e Páscoa.

Conclusão

Após a experiência com os usuários e a aplicação das estratégias de cuidado com o mesmo, podemos observar que as atividades em grupo possibilitam um cuidado humanizado as pessoas portadoras de transtornos mentais. Nota-se também a satisfação e contentamento do usuário pelo acolhimento recebido. Porém observamos alguns desafios que poderiam vir de certa forma a comprometer o sucesso das intervenções realizadas, dentre eles: falta de interação e pontualidade por parte de alguns usuários, e barreiras na estrutura física do local, o que nos impedia algumas vezes de desenvolver determinadas atividades. Levanta-se a necessidade de um maior envolvimento dos profissionais da saúde e da família nesse contexto. Através dos relatos dos usuários em sofrimento psíquico, destaca-se a relevância das técnicas de abordagem terapêutica, onde estas apresentaram impacto positivo no que se refere ao empoderamento.

Referências

ALONSO, I. L. K. O processo educativo em saúde: na dimensão grupal. *Texto Contexto Enfermagem*, 1999, v.8, n.1, p.122-132.

BRASIL. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. Brasília, novembro de 2005.

BARROS Sônia; CLARO, Heloisa Garcia;. Processo ensino aprendizagem em saúde mental: o olhar do aluno sobre reabilitação psicossocial e cidadania. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(3):700-7. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300022. Acesso em: 01 mai. 2014.

Cordioli, A.V., Zimmermann, H.H., & Kessler, F. (2004). Rotina de avaliação do estado mental. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20do%20Estado%20Mental.pdf>> .

KANTORSKI, Luciane Prado et al . Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no Estado de São Paulo. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo , v. 39, n. 3, Sept. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000300010&lng=en&nrm=iso>. Access on 21 May 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000300010>.

LIMA. T. O. TECENDO A REDE DE SAÚDE MENTAL:A INTERSETORIALIDADE COMO APOSTA. *Caderno de Saúde Mental: Transmitindo Experiências*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. v.4. p. 35-50, 2011.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, DF, 2005.

BENEVIDES, D. S. et al. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.32, p.127-38, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n32/11.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

PESSOA JÚNIOR, J. M.; NÓBREGA, V. K. de M.; MIRANDA, F. A. N. de. Extinção de um serviço psiquiátrico intermediário e as repercussões na atenção à saúde mental. **Cienc Cuid Saúde**, v. 10, n. 3, p. 578-84, jul/set. 2011. Disponível em:

<<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13071>>. Acesso em: 06 jun. 2014.

BARROSO, S. M.; SILVA, M. A. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo** Jan.-Jun. 2011, Vol. 12, No. 1, pp. 66-78. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v12n1/v12n1a08.pdf>. acesso em: 01 Set. 2014.

Agradecimentos

Agradecemos pela oportunidade de apresentar nosso trabalho no Seminário Internacional de Promoção da Saúde, a orientadora dessa pesquisa pelo esmero, cumplicidade, dedicação e aos colaboradores que enriqueceram ainda mais o trabalho.

TECNOLOGIA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SAÚDE: RISCOS PARA ÚLCERA POR PRESSÃO

Isakelly de Oliveira Ramos – Universidade de Fortaleza. Email: isakellyoliveira@gmail.com

Rita Mônica Borges Studart – Universidade de Fortaleza.

Islene Victor Barbosa – Universidade de Fortaleza.

Elisabeth Mesquita Melo – Universidade de Fortaleza.

Virna Ribeiro Feitosa Cestari – Universidade de Fortaleza

Bárbara da Costa Andrade Rocha – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Promoção da saúde. Enfermagem. Úlcera por Pressão. Tecnologia

Resumo

Objetivou-se aplicar uma tecnologia assistencial de enfermagem para verificar os riscos para desenvolver úlcera por pressão nas pessoas com lesão medular. Avaliando o tipo de pele, constata-se que 61,7% (37) tinham uma pele saudável e apenas 33% (20) tinham uma pele fina, seca, com edema ou úmida, o que nos leva a concluir que, mesmo com grande risco para desenvolver úlcera por pressão, a pele dos pacientes na sua maioria estava normal. Quanto à variável tipo de pele, a média foi 0,46 de uma pontuação total de três na Escala de Waterlow; continência, a média foi 0,75 de uma pontuação total de três; e apetite, a média foi 0,98 de uma pontuação total de três. Estas variáveis também apresentaram média baixa para fatores biológicos relacionados com o aparecimento de úlcera por pressão e uma distribuição assimétrica.

A pontuação final após aplicar a escala de Waterlow nos pacientes com lesão medular, apresentou uma média de 24,67. O percentil de 75 revelou que 75% dos avaliados apresentou pontuação final de 28 escores, ou seja, altíssimo risco para desenvolver úlcera por pressão.

Introdução

Dentre as estratégias sugeridas para a institucionalização da promoção da saúde dentro do ambiente hospitalar, destacam-se a utilização de tecnologias assistenciais através da utilização de escalas preditivas para a prevenção de úlcera por pressão. Entre essas ações estão: a melhoria das condições de trabalho; valorização e capacitação dos profissionais; relacionamento terapêutico profissional-paciente; humanização da assistência; realização da sistematização da assistência; trabalho em equipe multidisciplinar; educação em saúde com os pacientes e familiares (SIMPIONATO, 2005; SILVA *et al.*, 2011).

O enfermeiro, profissional envolvido no cuidado, é quem mais de perto vivencia as oportunidades de desenvolver estratégias de promoção da saúde, pois assume atribuições complexas e de relevante extensão, além de ser um educador em saúde (ALLEGRAnte *et al.*, 2009).

A tecnologia em enfermagem consiste na aplicação sistemática de conhecimentos científicos, com o objetivo de proporcionar melhor atendimento ao ser humano. O enfermeiro, no seu cotidiano, faz uso das tecnologias educacional, gerencial e assistencial, no entanto, apesar de os enfermeiros fazerem uso destas diversas tecnologias em sua prática profissional, eles nem sempre têm consciência deste fato, pois possuem um conhecimento ainda precário sobre esta temática (CAMPOS; CARDOSO, 2008; MARTINS; DAL SASSO, 2008).

Após alguns estudos envolvendo a temática tecnologia para promoção da saúde, surgiu um interesse maior em interligá-la com úlcera por pressão aplicando em pacientes com lesão medular. A escolha por pacientes lesionado medular ocorreu por se apresentarem clinicamente susceptíveis ao desenvolvimento da úlcera por pressão, em razão da cronicidade, da gravidade, da média de internação, e, sobretudo, pelo elevado grau de dependência.

A úlcera por pressão (UPP) consiste em lesões resultantes de um processo isquêmico, como necrose tecidual decorrente da compressão de determinadas regiões corporais, especialmente de proeminências ósseas (ROCHA; BARROS, 2007). É um problema que acomete grande parte das pessoas acamadas, seja no hospital ou no domicílio. Entre os acamados, os lesionados medulares são bastante suscetíveis pela incapacidade de mobilidade (LEITE; FARO, 2006).

Os trabalhos sobre a prevalência de úlceras no Brasil ainda são estanques, isolados dentro da realidade de cada serviço e vistos por um ângulo unidirecional. É importante ter a noção de que as úlceras por pressão podem se desenvolver em poucos dias e progredir rapidamente se não forem devidamente prevenidas e tratadas. Quando o tratamento não é adequado, freqüentemente as úlceras

infeccionam, crescem em extensão e profundidade podendo estender-se até ao plano ósseo tornando a cura demorada e muito difícil (NOGUEIRA, 2005).

Um programa de tratamento deve ser adotado para assegurar que todos os pacientes potencialmente susceptíveis, de acordo com o julgamento clínico do enfermeiro, sejam avaliados desde a admissão em intervalos apropriados. Desse modo, dependendo do seu escore de risco, é necessário ter uma lista de medidas preventivas disponíveis permitindo que estes cuidados sejam dispostos onde houver maior necessidade (LINDGREN et al., 2005).

Diante do exposto, objetivou-se aplicar uma tecnologia assistencial de enfermagem para verificar os riscos para desenvolver úlcera por pressão nas pessoas com lesão medular.

Metodologia

Trata-se de um estudo com delineamento transversal, realizado em um hospital público municipal de emergência de Fortaleza, vocacionado para o atendimento do trauma situado em Fortaleza, Ceará. Foi aplicada a Escala de Waterlow como tecnologia assistencial de enfermagem em 60 pacientes lesionados medular. Foi utilizado como critérios de inclusão: estarem internados com diagnóstico médico de lesão medular traumática e exclusão lesão medular por outras causas.

A coleta de dados foi realizada no período de maio a agosto de 2012, através da observação e exame físico dos pacientes durante 10 dias. Para o levantamento dos dados utilizou-se como instrumento a Escala de Waterlow para a avaliação da pele.

Para a análise, os dados foram transcritos e tabulados em uma planilha do programa Excel do *Windows XP* Profissional e posteriormente aplicado testes estatísticos pertinentes.

No intuito de atender aos aspectos éticos citados, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do hospital onde recebeu parecer favorável com número Nº 176/11.

Resultados e Discussão

Neste estudo, foram acompanhados 60 pacientes com lesão medular traumática durante dez dias utilizando uma escala preditiva no intuito de avaliar o risco para desenvolver úlcera por pressão nos pacientes com lesão medular.

Em relação ao sexo, constatou-se o predomínio do sexo masculino nos pacientes com lesão medular (81,7%). Ao verificar a idade, observamos uma média de 37,12 anos com um desvio-padrão de 15,146, constatando-se uma população bem jovem numa faixa etária entre 18 e 33 anos, fase de vida ainda bem produtiva, interrompida pela lesão medular, não sendo, portanto, uma população de risco para desenvolver úlcera por pressão.

Este fato foi comprovado também no estudo de Venturi, Decesaro e Marcor (2006) a supremacia de acidentes com lesão medular em indivíduos do sexo masculino e numa faixa etária altamente produtiva, visto que 50% dos homens sofreram o trauma com idade entre 19 e 38 anos, época em que se encontram em busca de realizações pessoais e crescimento profissional e, ao mesmo tempo, mais expostos a acidentes provocados por causas externas. O acidente, portanto, interrompe sonhos e expectativas, levando a uma necessidade de reestruturação do contexto pessoal e familiar. Outro estudo mais recente, do tipo populacional retrospectivo, com análise epidemiológica das internações por trauma de coluna com 21.000 prontuários realizados no ano de 2000 a 2005, registrou 68% dos pacientes do sexo masculino e 40% numa faixa etária entre 20 e 30 anos (TUONO, 2008).

Quanto à escolaridade, a média de anos de estudo foi 2,1 anos (DP= 0,98, isto é, DP = 01 ano), com 66,7%, havendo, portanto, um predomínio de pessoas com baixa escolaridade. É possível que a escolaridade terá influência sobre o risco de úlcera no tocante a compreensão e adesão das orientações recebidas. O baixo nível de escolaridade pode contribuir para o surgimento de agravos à saúde, pois esse fato, associado aos fatores econômicos e culturais, pode dificultar a conscientização para as necessidades de cuidado com a saúde ao longo da vida, adesão ao tratamento e manutenção de estilo de vida saudável (MARQUES; RODRIGUES; KUSUMOTA, 2006).

A renda familiar foi avaliada conforme o salário mínimo vigente no Brasil no período da coleta de dados, ou seja, 622,00 reais. A média de salários foi 539.178 reais, com alta dispersão dos valores, predominando pessoas que ganhavam até um salário mínimo 58,3%, uma média salarial baixa. As variáveis escolaridade e renda familiar apresentaram distribuição simétrica (valor $p > 0,05$). A baixa renda familiar encontrada no presente estudo foi similar aos achados em um estudo transversal com objetivo de descrever o perfil sócio demográfico de pacientes vítimas de trauma realizado em um hospital de referência em trauma da rede pública da cidade de Fortaleza (mesmo hospital da pesquisa). No referido estudo, do qual fizeram parte 500 pacientes atendidos na emergência, foi

constatado que 60% eram provenientes de família com renda inferior a dois salários mínimos (BRAGA JUNIOR et al, 2005).

Em relação à ocupação, grande parte dos pacientes era de autônomos (26,7%), seguido da profissão agricultor (16,7%) e com um número significativo de desempregados (15%). É importante destacar que o autônomo aqui é quase um sinônimo de desempregado, pois não têm salário fixo, trabalha por conta própria e nem sempre tem serviço a ser prestado. O agricultor na sua maior parte vive das culturas de subsistência, sobrevivendo apenas do que produz, não tendo muitas vezes suporte financeiro para se manter. De modo geral, as vítimas de lesão medular são afetadas não apenas pelas incapacidades que limitam suas atividades, mas também pela impossibilidade de voltar a trabalhar. Tal impossibilidade determina forte declínio no bem-estar global, dada a importância do trabalho não apenas para a sobrevivência, como também para o autoconceito, o *status* e as relações sociais (VESTLING; TUFVESSON; IWARSSON, 2003). Como no estudo havia 50 pacientes com idade entre 18 e 49 anos, esta “não-condição” de retorno ao trabalho é fator preocupante.

Em relação aos fatores de risco biológicos, físicos e mecânicos encontrados no paciente com lesão medular após ter aplicado a escala de Waterlow, pode-se observar que dos 60 pacientes avaliados, 31,7% não desenvolveram úlcera por pressão e 68,3% a desenvolveram durante a internação. No estudo de Rocha e Barros (2007) aplicando a Escala de Waterlow os resultados indicaram que os índices estatisticamente significantes para desenvolver UP foram: tipo de pele classificada como não saudável; sexo feminino; idade superior a 50 anos; incontinência fecal; restrição ao leito ou inércia e alteração do apetite.

Ao relacionar a idade e sexo, o item da escala que se refere à soma deste quesito revelou uma pontuação baixa considerando que, 75% da amostra apresentou um escore até três de uma soma total de sete pontos.

Dos pacientes que apresentaram úlcera por pressão 68,3%, tinham o IMC normal. Vale ressaltar que dos que não desenvolveram a UP, 68,4% também tinham o IMC normal. Pertinente à subnutrição celular, que inclui caquexia, insuficiência cardíaca, doença vascular periférica, anemia e tabagismo, a média foi baixa, 2,58, do somatório total de 21 pontos na Escala de Waterlow, visto que, uma só pessoa pode apresentar todos os itens no mesmo momento. É um achado importante, por mostrar uma pontuação muito baixa em relação ao total de escores, indicando um baixo risco no tocante a esse item.

A avaliação nutricional por si só é uma fonte de informação valiosa visto que o estado nutricional é apontado como um dos principais fatores de risco no surgimento das úlceras por pressão. No estudo em questão quanto a avaliação do apetite foi detectado que em 39,1% dos casos em que estava normal e não precisavam de dispositivos para alimentar-se, nem estavam diminuídos, desenvolveram úlcera por pressão. Em outro estudo, desenvolvido em Fortaleza-CE por Alves (2006), constatou que a percepção de que a perda de peso durante a hospitalização é inevitável é falsa, tanto em crianças como em adultos, pois a identificação precoce dos pacientes que necessitam de um suporte nutricional pode prevenir isso.

Avaliando o tipo de pele, constata-se que 61,7% (37) tinham uma pele saudável e apenas 33% (20) tinham uma pele fina, seca, com edema ou úmida, o que nos leva a concluir que, mesmo com grande risco para desenvolver úlcera por pressão, a pele dos pacientes na sua maioria estava normal. Quanto à variável tipo de pele, a média foi 0,46 de uma pontuação total de três na Escala de Waterlow; continência, a média foi 0,75 de uma pontuação total de três; e apetite, a média foi 0,98 de uma pontuação total de três. Estas variáveis também apresentaram média baixa para fatores biológicos relacionados com o aparecimento de úlcera por pressão e uma distribuição assimétrica.

No tocante à continência, a maioria dos pacientes, sejam os que desenvolveram UP ou não, utilizavam sonda vesical ou eram incontinentes. As variáveis foram similares até para esta categoria, pois, 52,6% não desenvolveram úlcera por pressão e 56,1% a desenvolveram.

A mobilidade da pessoa com lesão medular e úlcera por pressão estava comprometida de forma severa visto que 48,7% era dependente de cadeira de rodas com paraplegia e 29,3% encontrava-se inerte. Os demais seguiam com 17,1% restrito/contido no leito e 4,9% inquieto ou agitado. Percebe-se que não existia nenhum paciente com mobilidade total. Avaliando o item mobilidade pela escala de Waterlow, o escore máximo para predizer déficit é cinco. Os pacientes com lesão medular apresentaram uma média de 4,32 de mobilidade física prejudicada, com desvio-padrão baixo (0,955). Então, 75% tinham a pontuação máxima de cinco escores, indicando elevado número de pessoas dependentes de cadeira de rodas.

No que concerne à medicação, apenas um paciente não tomava medicação de risco e, mesmo assim, desenvolveu úlcera por pressão. A variável mais significativa foi o uso de anti-inflamatório. Dos 60 pacientes, 36 utilizavam tal fármaco, sendo que 12 não desenvolveram úlcera por pressão e 24 a desenvolveram. Ao realizar a avaliação da medicação proposta pela Escala de Waterlow, cujo escore máximo é 16 (quatro pontos para cada subitem) percebe-se uma média de 5,49, indicando que 75% dos pacientes tinham no máximo um escore igual a oito, ou seja se enquadravam em, pelo menos, dois subitens.

Conforme se observa em relação à cirurgia de grande porte, houve predominância dos casos em que não houve intervenção cirúrgica, correspondendo a 29 pacientes do total, sendo que destes, 19 desenvolveram úlcera por pressão. Em relação à cirurgia de grande porte, 29 pacientes (48,3%) não se submeteram a cirurgia. A média desde achado foi 4,90, com percentil de cinco, numa pontuação total de 10 escores. Percebe-se a predominância dos pacientes que não necessitaram de tratamento cirúrgico.

Na deficiência neurológica, avaliam-se especificamente diabetes (quatro pontos) e paraplegia sensitiva ou motora (cinco pontos). A pontuação máxima para este item é escore dez, uma vez que o indivíduo pode ser diabético e apresentar paraplegia ao mesmo tempo. Nos achados, a pontuação média foi 5,30 (DP=1,782) e um percentil de 75 com uma pontuação de seis. No entanto, somente quatro pacientes apresentaram diabetes, portanto, considerando apenas o escore cinco, o achado demonstra uma população quase absoluta

de paraplegia. Este dado era esperado uma vez que todos os pacientes do estudo são portadores de lesão medular.

Na deficiência neurológica, como esperado, o fator de maior risco é a paraplegia. Nos pacientes que desenvolveram úlcera por pressão observou-se que 75,6% apresentaram essa deficiência. Relacionado à cirurgia, entre os pacientes que desenvolveram úlcera por pressão, 46,3% não realizaram tal procedimento. A cirurgia na lesão medular tem como objetivo principal, a fixação das vértebras para manter a estabilidade vertebral, constituindo em assunto controverso pelos neurocirurgiões (MAIA; PADULA, 2008).

A lesão medular aguda inicia uma seqüência de eventos vasculares, bioquímicos e inflamatórios que resultam no desenvolvimento de lesões teciduais secundárias, levando à destruição progressiva do tecido neuronal com conseqüências desastrosas e freqüentemente irreversíveis às funções motora e sensorial. Em geral, no tratamento da lesão medular aguda são utilizados agentes neuroprotetores, visando o controle das lesões secundárias, associados ou não à cirurgia para descompressão e estabilização da coluna vertebral (ARIAS; SEVERO; TUDURY, 2007).

A pontuação final após aplicar a escala de Waterlow nos pacientes com lesão medular apresentou uma média de 24,67. O percentil de 75 revelou que 75% dos avaliados apresentou pontuação final de 28 escores, ou seja, altíssimo risco para desenvolver úlcera por pressão.

Conclusão

Como evidenciado, a aplicação da escala de Waterlow, implementada neste estudo, revelou-se eficaz e sensível para avaliar os fatores de risco para úlceras por pressão em pessoas hospitalizadas por lesão medular. Os achados conclusivos foram expostos de acordo com os objetivos propostos.

Este estudo permitiu conhecer de forma aprofundada os riscos mais importantes para desenvolver úlcera por pressão nos pacientes com lesão medular com a utilização da escala de Waterlow. Ante ao desafio de se prevenir úlcera por pressão no paciente com altíssimo risco para desenvolver úlcera por pressão, acredita-se que o estudo contribua para a elaboração de medidas eficazes para a prevenção e tratamento das úlceras por pressão, não só para esta unidade hospitalar, mas para todos os serviços públicos, onde o cuidado direcionado ao paciente depende, além da enfermagem, de um olhar especial por parte da administração pública.

Referências

ALLEGANT, J. P.; BARRY, M. M.; AULD, M. E.; LAMARRE, M. C.; TAUB, A.. Toward International Collaboration on Credentialing in Health Promotion and Health Education: The Galway Consensus Conference. **Health Educ. Behav.**, v. 36, n. 3, p. 427-438, 2009.

ALVES, J. G. B. Desnutrição de aquisição intra-hospitalar: **J. Pediatr.**, v. 82, n. 3, p. 240-240, maio/jun. 2006.

ARIAS, M. V. B.; SEVERO, M. S.; TUDURY, E. A. Trauma medular em cães e gatos: revisão da fisiopatologia e do tratamento médico. [Semina Ciênc. Agrar.](#), v. 28, n. 1, p.38-42, jan./mar. 2007.

BRAGA JÚNIOR, M. B.; CHAGAS NETO, F. S. D.; PORTO, M.A.; BARROSO, T. A.; LIMA, A. C. M.; SILVA, S.M.D.; LOPES, M. W. B. Epidemiologia e grau de satisfação do paciente vítima de trauma músculo-esquelético atendido em hospital de emergência da rede pública brasileira **Acta Ortop. Bras.**, v.13, n. 3, p 42-53, 2005.

CAMPOS, A. D. C. S.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Tecnologia educativa para a prática do cuidado de enfermagem com mães de neonatos sob fototerapia. [Texto Contexto Enferm.](#), v. 17, n. 1, p. 36-44, jan./mar. 2008.

LEITE, V. B. E.; FARO, A. C. M. Identificação de fatores associados às úlceras por pressão em indivíduos paraplégicos relacionados às atividades de lazer. **Acta Fisiatr.**, v. 13, n. 1, p. 21-25, 2006.

LINDGREN, M.; UNOSSON, M.; KRANTZ, A. M.; Ek, A. C. Pressure ulcer risk factors in patients undergoing surgery. **J. Adv. Nurs.**, v. 50, n. 6, p. 605-612, 2005.

MAIA, C.; PADULA, M. P. C. Caracterização dos pacientes lesados medulares que freqüentaram um centro de reabilitação público na cidade de São Paulo. [Med. Reabil.](#), v. 27, n. 1, p. 24-28, jan./abr. 2008.

MARQUES, S.; RODRIGUES, R. A. P.; KUSUMOTA, L. O idosos após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 14, n. 3, p. 364-371, 2006.

MARTINS, C. R.; DAL SASSO, G. T. M. Tecnologia: definições e reflexões para a prática em saúde e enfermagem. [Texto Contexto Enferm.](#), v. 17, n. 1, p. 11-12, jan./mar. 2008.

NOGUEIRA, P. C. **Ocorrência de úlcera de pressão em pacientes hospitalizados com lesão traumática da medula espinhal**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ROCHA. A. B. L.; BARROS. S. M. O. Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow. **Acta Paul. Enferm.**, v. 20, n. 2, p. 143-150, 2007.

SILVA, M. A. M.; PINHEIRO, A. K. B.; SOUZA, A. M. A.; MOREIRA, A. C. A. Promoção da saúde em ambientes hospitalares. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 3, p. 596-599, 2011.

SIMPIONATO, E. **A enfermagem familiar na promoção da saúde de famílias de crianças com insuficiência renal crônica**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

TUONO, V. L. **Traumas de coluna no Brasil: análise das internações hospitalares**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

VENTURINI, D. A.; DECESARO, M. N.; MARCON, S. S. Conhecendo a história e as condições de vida de indivíduos com lesão medular. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 219-229, June 2006.

VESTLING, M.; TUFVESSON, B.; IWARSSON,

S. Indicators for retur to work after stroke and the importance of work for subjective well-being and life satisfaction. **J. Rehabil. Med.**, v. 35, n. 3, p. 127-131, 2003.

Agradecimentos

Aos programas de Mestrado e Doutorado da Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará e Universidade de Fortaleza pela realização deste evento.

TECNOLOGIA ASSISTIVA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE A PESSOA COM DEFICIÊNCIA VISUAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Bianca Anne Mendes de Brito – Estudante. Universidade Federal do Piauí/bambbia@hotmail.com.

Jose Lucas Silveira Ferreira – Estudante. Universidade Federal do Piauí.

Fernanda Jorge Guimarães – Mestre. Universidade Federal de Pernambuco.

Lorita Marlena Freitag Pagliuca– Doutora. Universidade Federal do Ceará

Grazielle Roberta Freitas Silva (Orientadora) – Doutora. Universidade Federal do Piauí

Palavras-chave: Experiência; Deficientes visuais; Enfermagem.

Resumo

A pesquisa é um processo de descobertas, criação e construção do conhecimento, que subsidia o processo de ensino-aprendizagem. Esse trabalho tem como objetivo relatar a experiência de acadêmicos de Enfermagem em pesquisa envolvendo pessoas com deficiência visual. Relato de experiência sobre a validação de tecnologia assistiva (TA) sobre drogas para pessoas com deficiência visual. A coleta de dados foi realizada em Teresina, Piauí, Brasil, nos meses de março a abril. A inclusão social vem sendo bastante discutida, permitindo aos profissionais da saúde, principalmente o enfermeiro (a), atuar na promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, respeitando os valores e direitos humanos. Qualificar a assistência oferecida às pessoas com deficiência visual, por meio de tecnologias que permitem a independência dessa pessoa para adquirir conhecimento sobre drogas, em seus pontos mais relevantes, permite a execução de práticas em promoção da saúde que contribuem para o bem-estar, inclusão e autonomia. Essa experiência fomenta a necessidade urgente das instituições de ensino superior incluir a temática de forma integralizada nas disciplinas dos cursos de enfermagem, bem como preparar essas instituições para incluir futuros alunos com essas necessidades.

Introdução

A pesquisa é um processo de descobertas, criação e construção do conhecimento e que, também faz-se importante para a melhoria da qualidade do processo de ensino-aprendizagem (SILVA; WEIDE; 2011). O desenvolvimento da prática da pesquisa, em diferentes áreas, tem sido uma busca constante no intuito de superar uma visão elitista, que coloca o pesquisar como prerrogativa exclusiva de grandes instituições e intelectuais bem como consolidar a produção do conhecimento (DEMO, 2002).

Na enfermagem a pesquisa é uma prática cada vez mais comum em diferentes cenários e níveis. A participação de estudantes em atividades de pesquisa tem sido bem mais frequente na formação acadêmica, o que possibilita a ampliação de conhecimentos profissionais e também qualificação do processo ensino-aprendizagem e de assistência à saúde da população (CAMPONOGARA et al, 2007).

A possibilidade de participar de pesquisas com grupos vulneráveis, como as pessoas com deficiência visual e a criatividade em enfermagem, permite a inferência de que as práticas em saúde para cuidados específicos devem ser remodeladas por meio de tecnologias e instrumentos, de modo a tornar possível a assistência integral. Portanto é notório que a criação de uma Tecnologia Assistiva (TA), entendida como todos os recursos e serviços que contribuem para proporcionar ou ampliar habilidades funcionais de pessoas com deficiência e assim promover vida independente e inclusão, proporciona a integralidade do cuidado em saúde (CEZARIO; PAGLIUCA, 2007).

Assim, tem-se como objetivo desse trabalho relatar a experiência de acadêmicos de Enfermagem participantes em pesquisa envolvendo pessoas com deficiência visual.

Metodologia

Relato de experiência sobre validação de Tecnologia Assistiva sobre drogas com pessoas com deficiência visual, mediante tecnologias e instrumentos que possibilitam a integralidade do cuidado em saúde. A coleta de dados foi realizada em Teresina, Piauí, Brasil nos meses de março e abril. A Tecnologia Assistiva consistia em um texto educativo sobre drogas, disponibilizada aos participantes em computador com leitor de tela (Dosvox na versão 4.5.).

A referida pesquisa consistiu em responder um pré-teste, ler a tecnologia assistiva, responder o pós- teste e a avaliar a tecnologia. Cada teste foi composto por dez frases, para cada frase o participante digitou V para as afirmativas que considerava verdadeira e F para as afirmativas falsas. Os testes objetivavam avaliar o conhecimento anterior sobre drogas, como também avaliar a informação adquirida após o uso da Tecnologia assistiva.

Resultados e Discussão

A TA em Saúde descrita nesse relato compôs-se da criação de um recurso tecnológico, um texto denominado “Drogas: Reflexão para prevenção”, com abordagem reflexiva e dialogal sobre as drogas, seus principais tipos, efeitos físicos, psicológicos e sociais, além de meios de prevenção. Este texto foi disponibilizado por programa de computador específico para a clientela cega, chamado Dosvox, que transforma o texto digitado em síntese de voz, para, deste modo, tornar acessível seu conteúdo aos cegos. (CEZARIO; PAGLIUCA, 2007).

Após a leitura da Tecnologia Assistiva (TA), os acadêmicos de enfermagem discutiram diversos aspectos sobre substâncias psicoativas abordadas na mesma. Este momento consistiu em um espaço de troca de conhecimentos entre os acadêmicos de enfermagem e as pessoas com deficiência visual. Esta experiência foi importante, pois possibilitou aos acadêmicos desenvolver habilidades de comunicação com a pessoa com deficiência visual.

Qualificar a assistência oferecida às pessoas com deficiência visual, por meio de tecnologias que permitem a sua independência para adquirir informação sobre substâncias psicoativas, em seus pontos mais relevantes, incluindo conceitos, tipo, formas de tratamento para a dependência, consequência do uso dessas substâncias, permite a execução de práticas em promoção da saúde que contribuem para o bem-estar e autonomia destas pessoas.

A experiência possibilitou a articulação entre o ensino e pesquisa, aproximou os estudantes da graduação às pessoas com deficiência visual, no referente à transmissão do conhecimento, visto que a população assistida utilizou instrumentos e tecnologias antes desconhecidas pelos acadêmicos, com o cumprimento do cuidar integral e altruísta.

Por não lidar habitualmente com pessoas cegas ou de baixa visão, percebeu-se pouca destreza na comunicação dos acadêmicos com essa clientela, o que remete uma necessidade urgente de mudanças curriculares nessa perspectiva. Por meio desta experiência observou-se que na graduação de enfermagem ainda não contemplam em suas matrizes curriculares, disciplinas voltadas para atender às necessidades das pessoas com deficiência. Isso restringe as ações dos enfermeiros à essa clientela.

Essa experiência pode ampliar as concepções referentes à promoção de saúde, seus atores e lócus de sua realização. Essa clientela ainda precisa ser atendida com mais aprimoramento, para que possam exercer sua cidadania com integralidade.

Conclusão

Essa experiência colaborou para o exercício de uma articulação entre o ensino e pesquisa, como também para a percepção de que existe uma necessidade urgente das instituições de ensino superior incluir a temática de forma integralizada nas disciplinas dos cursos de enfermagem, bem como preparar essas instituições para incluir futuros alunos com essas necessidades.

Referências

CAMPONOGARA, S.; KIRCHHOF, A. L. C., GELBCKE, F. L.; MAGNAGO, T.S.B.de S. O espaço do dialogo na pesquisa em enfermagem: Relato de experiência sobre a fase de coleta de dados. **Texto Contexto Enferm**, v. 16, n.4, p: 762-8, 2007.

CEZARIO, K. G.; PAGLIUCA, L. M. F. Tecnologia assistiva em saúde para cegos: enfoque na prevenção de drogas. **Rev Esc. Anna Nery**. v.11, n. 4, 2007.

DEMO P. **Pesquisa**: princípio científico e educativo. 9a ed. São Paulo (SP): Cortez; 2002.

MARTÍN, M.B.; RAMÍREZ, F.R. Visão subnormal.In: MARTÍN, MB, BUENO ST. **Déficit visual**: Aspectos psicoevolutivos e educativos. São Paulo (SP): Santos; 2003.

SILVA, V. da S.; WEIDE, D.F. Pesquisa na formação e na prática docente. **Cadernos da Pedagogia**. São Carlos, 2011.

Agradecimentos

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Dra. Grazielle Roberta Freitas Silva – Docente na Universidade Federal do Piauí.

Ms. Fernanda Jorge Guimarães – Docente da Universidade Federal de Pernambuco.

Dra. Lorita Marlena Freitag Pagliuca– Orientadora nessa pesquisa e docente na Universidade Federal do Ceará.

TECNOLOGIA DURA COMO FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DAS MÃOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.

Maria da Conceição Cavalcante da Costa – FUNCAP/Universidade Federal do Ceará-UFC (conceicaocavalcante@gmail.com)

Marta Maria Costa Freitas – Hospital Universitário Walter Cantídeo/HUWC

Paulo César Almeida – Universidade Estadual Do Ceará -UECE

Aline Silva de Oliveira – Faculdade Integrada da Grande Fortaleza – FGF

Marta Maria Coelho Damasceno - CNPQ/ Universidade Federal do Ceará-UFC

Neiva Francenely Cunha Vieira - Universidade Federal do Ceará-UFC

Palavras-chave: Enfermagem. Lavagem de mãos. Unidades de Terapia Intensiva. Trifosfato de Adenosina. Promoção da saúde.

Resumo

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) presta assistência de enfermagem de alta complexidade aos pacientes críticos em uso de dispositivos; estes fatores associados a técnica de lavagem das mãos pode elevar o risco de adquirir e transmitir Infecção Hospitalar. Nessas unidades é mandatória a realização de técnicas adequadas de higiene de mão. O uso de tecnologias duras pode favorecer a avaliação da condição das mãos. Neste estudo propõe-se a utilização de dois recursos tecnológicos para avaliar a presença de Adenosina Trifosfato (ATP) na mão dominante da equipe de enfermagem. Os swabs foram realizados em quatro momentos a saber: o primeiro: com as mãos sem serem lavadas; o segundo: imediatamente após a lavagem das mãos; o terceiro: imediatamente após a remoção de luvas estéreis e o quarto após a lavagem das mãos. Utilizou-se máquina fotográfica de alta resolução que possibilitou o registro da condição das mãos e unhas dos participantes da pesquisa para posterior avaliação pelo dermatologista. Foram tiradas seis fotos das mãos dos profissionais participantes. Estudo quantitativo, descritivo-exploratório, transversal, realizado numa UTI de adultos de seis leitos em um Hospital Universitário do Ceará. Participaram do estudo 34 membros da equipe de enfermagem. Para a análise dos dados foram realizados o teste T pareado para identificar diferença entre a média de ATP e teste Qui-quadrado (χ^2) para verificar diferenças entre os grupos. Os dados foram processados no programa SPSS 15, com nível de significância de 5%. Foram realizados 136 swabs. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição em estudo sob protocolo nº 0900811. Os dados obtidos comprovam redução do valor de ATP depois da higiene das mãos; aumento de ATP imediatamente após a retirada de luva estéril; e novo achado de redução de ATP após a realização de procedimento de lavagem das mãos. O teste para mensuração do ATP é de fácil realização e excelente aceitabilidade, não apresentou nenhum erro de leitura, nenhuma reação adversa nos participantes, constituindo-se ferramenta útil para treinamento da temática, convergindo para “Uma assistência limpa e mais segura.”.

Introdução

A expressão “promoção de saúde” foi usada pela primeira vez em 1945 pelo canadense Henry Sigerist (Pereira et al., 2000). Sabe-se que ações de promoção da saúde necessitam ser realizadas em todos os cenários de atuação da equipe de saúde. No ambiente hospitalar a Declaração de Budapeste, resultante do primeiro Encontro Empresarial da Rede Internacional *Network of Health Promoting Hospitals* de Hospitais Promotores da Saúde ocorrido em 2002, apresenta dezessete princípios para a promoção da saúde no contexto hospitalar e descreve a segurança do trabalhador e do paciente (BUDAPEST..., 2012). Outro documento importante refere-se à Carta de Ottawa divulgado na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986, ao definir promoção da saúde “como o processo de capacitação de indivíduos e coletivos para atuarem na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (WHO, 1986). Para Lopes e Tocantins (2012) saúde não é um objetivo estático, mas sim processual, é geradora do empowerment decorrente do processo de participação, com sua conseqüente dialogicidade, sobretudo quando o agir pedagógico em saúde intenciona contribuir para a formação de identidades e a construção de sujeitos críticos e cita a dialogicidade de Paulo Freire. A equipe de saúde no ambiente de cuidado intra ou extra-hospitalar vem estimulando paciente acompanhante e os profissionais de saúde quanto a necessidade da realização de um procedimento simples, bastante discutido que é a lavagem das mãos. É procedimento simples e uma atitude preventiva que deve ser executada mediante a fricção vigorosa de toda a superfície das mãos e punhos, utilizando sabão / detergente, seguida de enxágue abundante em água corrente empregando a técnica e realização do passo a passo, remoção de adornos e dos materiais e equipamentos: água, sabão, lavatórios, dispensadores para sabão líquido e antisséptico, porta-papel toalha e papel-toalha e lixeira para descarte do papel - toalha (ANVISA, 2009). Deve ser realizado nos momentos recomendados a fim de evitar a transmissão de microrganismos veiculados pelas mãos e deve ocorrer independente do diagnóstico ou idade do paciente. Estudos revelam que *Staphylococcus aureus* já foram isolados das mãos dos profissionais de saúde e

das mãos das mães de Recém-nascido internados em instituição hospitalar (PALOS *et al.*, 2009). O trabalho em saúde na UTI evidencia-se pela invasividade do cuidado direto do paciente realizado pela equipe interdisciplinar composta por médico, enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem, fisioterapeuta e outras, que tem suas mãos como instrumento de trabalho, as quais poderão contaminar-se transitoriamente no momento da realização da assistência e transmitir-se ao hospedeiro susceptível. O surgimento da Infecção Hospitalar deve ser prevenido através da higiene das mãos, e mundialmente este procedimento é aceito como a forma mais importante para a prevenção do surgimento do agravo e transmissão cruzada de patógenos resistentes (PITTET *et al.*, 2006b). Sabe-se que o modelo biomédico, focado na doença e voltado para o diagnóstico e tratamento é o modelo que prevalece na assistência, embora a visão atual requeira num modelo focado na promoção da saúde, levando em conta as dimensões biológicas, psicológicas, sociais, cultural, e histórica integradas, observando fatores individuais e singulares (BACKES *et al.*, 2009). Na área da saúde as tecnologias foram agrupadas por Mehry et al (1997) em três categorias: tecnologias leve, leve-duras e dura. A tecnologia leve, ou das relações, do acolhimento; a tecnologia leve-dura: são os saberes estruturados das diversas ciências e a tecnologia dura: referem-se às normas, recursos materiais, equipamentos tecnológicos (hardware) e mobiliários (BARRA, et al 2006; MARQUES, et al, 2010). Nesta pesquisa utilizou-se uma tecnologia dura, swab Adenosina Trifosfato (ATP), que realiza a leitura do teste de forma quantitativa através da reação de bioluminescência, para mensurar a matéria orgânica que pode então, ser usada como um indicador de higiene para correlacionar níveis “aceitáveis” e “inaceitáveis” de microrganismos (RAGOZO, 2011). A quantidade de luz é proporcional à quantidade de Adenosina Trifosfato (ATP) da amostra coletada.

Metodologia

Estudo quantitativo, descritivo-exploratório, transversal, realizado numa UTI de adultos de seis leitos, de um hospital Escola de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade de Fortaleza- Ceará. Objetivou Avaliar a presença de ATP na mão dominante da equipe de enfermagem da UTI antes e após a retirada da luva estéril e sua interface com a lavagem das mãos; Identificar a quantidade de ATP na mão dominante da equipe de enfermagem; Avaliar a integridade da pele da mão dominante e interferência com o swab ATP. Participaram do estudo 34 membros da equipe de enfermagem, dos quais: 12 enfermeiros (35,3%) e 22 auxiliares/ técnicos de enfermagem (64,7%). Utilizaram-se 34 luvas estéreis; 136 (cento e trinta e seis) swabs com capacidade de detecção de Adenosina Trifosfato (ATP) por método colorimétrico para avaliação da contaminação da mão dominante da equipe de saúde da UTI; Um luminômetro para a detecção da quantificação de ATP (Adenosina Trifosfato) das amostras coletadas. A consecução do luminômetro deu-se através de consignação da empresa que o enviou atrelado à compra dos swab; Uma máquina fotográfica digital semiprofissional. A UTI foi visitada diariamente, três vezes ao dia nos períodos da manhã, tarde e noite. A escala de plantão dos funcionários da enfermagem foi fundamental para identificar o dia e o período para coleta do swab, que somente foi finalizada quando cultivada a mão dominante de todos participante da pesquisa. No momento da visita procedeu-se à explicação dos objetivos, finalidade e etapas da pesquisa, caso o aceite do profissional seguia-se de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE, e procedia-se à coleta dos swabs, com o objetivo de comparar a quantidade de ATP da mão dominante. Os swabs foram realizados em quatro momentos: a saber: o primeiro: com as mãos sem serem lavadas; o segundo: imediatamente após a lavagem das mãos; o terceiro: imediatamente após a remoção de luvas estéreis e o quarto após a lavagem das mãos. Os testes foram realizados *in lócus*, pela pesquisadora que procedeu conforme orientação do fabricante que determina que após a coleta do swab, estes devem ser incubados imediatamente no luminômetro. Este aparelho permite a leitura e interpretação rápida dos dados. Para avaliação da técnica de lavagem das mãos realizada pelo profissional de enfermagem a pesquisadora realizou observação direta do procedimento durante as visitas na unidade. Foi aplicado formulário de coleta de dados com 26 perguntas que permitiu a quantificação de ATP. Após a coleta dos swabs da mão dominante, utilizou-se máquina fotográfica de alta resolução que possibilitou o registro da condição das mãos e unhas dos participantes da pesquisa para posterior avaliação pelo dermatologista. Foram tiradas seis fotos das mãos dos profissionais que avaliaram a quantidade de ATP em sua mão dominante, nas quatro etapas do estudo. Para análise estatística foram realizados o teste T pareado para identificar diferença entre a média de ATP e teste Qui-quadrado (χ^2) para verificar diferenças entre os grupos. O nível de significância foi de 5%. Os dados foram processados no programa SPSS 15. Para verificar se existia diferença entre os resultados dos quatro (04) swabs foi realizada, primeiramente, a verificação da normalidade dos dados através do teste de *Shapiro-Wilk*. Pelo resultado do teste conclui-se que nenhuma das variáveis seguia uma distribuição normal, sendo necessária uma transformação dos dados, aplicando o logaritmo neperiano. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição em estudo sob protocolo nº 0900811. A avaliação da integridade das mãos e unhas dos participantes foi realizada por um dermatologista e foi declarada sua participação do médico desde o início do estudo.

Resultados e Discussão

A variação de ATP das mãos sem serem lavadas oscilou entre: 46 a 6382 RLU; com as mãos lavadas de 11 a 3087 RLU; imediatamente após a retirada das luvas estéreis: de 234 a 3942 RLU; com a lavagem das mãos após a remoção das luvas estéreis: de 12 a 768 RLU. A avaliação dos dados obtidos permitiu verificar que uma mão limpa possui 419,8 RLU de ATP. Quanto ao relato de queixa dermatológica nas mãos, 21 (61,8%) apresentaram queixa dermatológica nas mãos; enquanto 13 (38,2%) da amostra não apresentaram queixa. Quanto à distribuição dos profissionais estudados segundo ATP e encaminhamento ao dermatologista tem-se que, no primeiro momento a média de ATP dos encaminhados foi de 989,4 enquanto a média dos não encaminhados foi de 1180,6. No segundo momento a média dos encaminhados foi de 643,9 enquanto dos não encaminhados foi de 406,1. No terceiro momento a média dos encaminhados foi de 1321 enquanto dos não encaminhados foi de 832,5. No quarto momento a média dos encaminhados foi de 267 enquanto o não encaminhado foi de 171,6. Quando aplicados os testes estatísticos nos dados analisados conclui-se que não houve significância estatística. No entanto, os indivíduos que foram encaminhados apresentaram em três momentos da coleta (no segundo, no terceiro e no quarto) médias maiores de Adenosina Trifosfato. Os estudos de adesão ao procedimento de lavagem das mãos apresentam resultados com taxas inferiores a 50% (CRUZ et al., 2009). Contudo, sabe-se que uma das consequências advindas desta falha é a aquisição de Infecção Hospitalar. (ANDRADE et al., 2006).

Conclusão

Os resultados comprovaram redução do valor de ATP depois da higiene das mãos; aumento de ATP na mão dominante imediatamente após a retirada de luva estéril; e novo achado de redução de ATP na mão dominante após a realização de procedimento anti-séptico nas mãos. Queixas de ressecamento foram frequentes, sete profissionais foram encaminhados ao dermatologista. O estudo demonstrou nas mãos daqueles que apresentaram lesões dermatológicas maiores médias de ATP. Este trabalho conclui que os recursos ATP e fotos podem colaborar para avaliação das mãos dos profissionais. A utilização de luvas estéreis aumentou a quantidade de ATP e redução na quantidade encontrada após a realização do procedimento de higiene, comprovando que mesmo após a remoção de luvas estéreis as mãos necessitam ser imediatamente higienizadas. O teste para mensuração do ATP não apresentou nenhum erro de leitura, nenhuma reação nas mãos dos participantes, constituiu-se ferramenta bastante útil para treinamento sobre a temática, foi de fácil realização, teve excelente aceitabilidade pelo grupo. Os participantes acompanharam as mensurações e a avaliação das condições de suas mãos como sujeitos ativos e aqueles que apresentaram resultados alterados, foram convidados a retornarem ao ambulatório de dermatologia da instituição para pesquisa das lesões. Acredita-se que estas ações convergem com “Uma assistência limpa e mais segura” preconizadas na Aliança Mundial para Segurança do Paciente.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Segurança do paciente em serviços de saúde. Higienização das mãos**. Brasília, 2009.

ANDRADE, D.; FERRAREZE, M.G.V.; SANTOS, L.S.; MORAES, C.M.; FREIRE, E.; ITO, I.Y. Uso de sabões e detergentes em serviços de saúde: novos contextos, outros olhares? **Rev. Panam. Infectol.**, v. 8, n. 4, p. 33-37, 2006.

BACKES, M.T.S.; ROSA, L.M.; FERNANDES, G.C.M.; BECKER, S.G.; MEIRELLES, B.H.S.; SANTOS, S.M.A. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 17, n. 1, p. 111-117, 2009.

BARRA, DCC, Nascimento ERP, Martins JJ, Albuquerque GL, Erdmann AL. Evolução histórico e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2006; 8(3):422-30. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a13.htm

BUDAPEST Declaration on Health Promoting Hospitals. Disponível em: http://www.ongkg.at/fileadmin/user_upload/Grunddokumente/Budapest-Declaration.pdf. Acesso em: 04 mar. 2012.

CRUZ, E.D.A.; PIMENTA, F.C.; PALOS, M.A.P.; SILVA, S.R.M.; GIR, E. Higienização de mãos: 20 anos de divergências entre a prática e o idealizado. **Cienc. Enferm.**, v. 15, n. 1, p. 33-38, 2009.

LOPES, Rosane; TOCANTINS, Florence Romijn. Promoção da saúde ea educação crítica. **Rev. Interface. Botucatu**, v. 16, p. 40, 2012.

MARQUES, I. R.; SOUZA, A.R.. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. **Rev. Bras. Enferm.** [serial on the Internet]. 2010 Feb [cited 2010 July 09] ; 63(1): 141-144. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100024&lng=en

MERHY EE. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko, R. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo (SP): Hucitec; 1997

MERHY, EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko, R. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo (SP): Hucitec; 1997.

PALOS, M.A.P.; SILVA, D.V.B.; GIR, E.; CANINI, S.R.M.S.; ANDERS, P.S.; LEÃO, L.S.N.O.; PIMENTA, F.C. Microbiota das mãos de mães e de profissionais de saúde de uma maternidade de Goiânia. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 11, n. 3, p, 573-578, 2009.

PEREIRA, I. M. T. B., PENTEADO, R. Z., MARCELO, V. C. Promoção de saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. **O mundo da saúde**, ano 24, v.24, n.1, p.39-44, 2000.

PITTET, D.; ALLEGIANZI, B.; STORR, J.; DONALDSON, L. 'Clean care is safer care': the global patient safety challenge 2005-2006. **Int. J. Infect. Dis.**, v. 10, n. 6, p. 419-424, 2006b.

RAGOZO, M. J. **Determinação da eficácia do processo de limpeza de instrumentais cirúrgicos ortopédicos canulados, através da detecção de adenosina trifosfato, após o processamento manual e automatizado**. 2011. Monografia (Especialização) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

WHO 1986. Carta de Ottawa, pp. 11-18. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Ministério da Saúde/IEC, Brasília. ANVISA, 2009

Agradecimento

Agradecemos ao orientador, aos autores colaboradores, aos profissionais participantes e à instituição onde ocorreu a coleta dos dados deste estudo. A disponibilidade e interesse foram mola propulsora para o desenvolvimento desta pesquisa, aos professores e orientadores que colaboraram na condução que visa o engrandecimento coletivo da profissão Enfermagem, qualificação da formação acadêmica e social.

A Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP por acreditar e contribuir para o desenvolvimento social e econômico do Estado por intermédio de incentivos a pesquisa científica e de sua aplicação sob as formas de tecnologia e inovação.

TECNOLOGIAS EM SAÚDE UTILIZADAS NO PROCESSO EDUCATIVO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ADOLESCENTES

Roberta Peixoto Vieira¹ – Universidade Regional do Cariri (URCA)/ Faculdade Vale do Salgado(FVS). Mestranda do Curso Mestrado Profissional Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: roberta.peixotovieira@gmail.com

Rosely Leyliane dos Santos² – Universidade Regional do Cariri (URCA)

Italla Maria Pinheiro Bezerra³ – Universidade Regional do Cariri (URCA)/ Faculdade de Juazeiro do Norte (FJN)

Helaine Porfirio dos Santos⁴ - Universidade Regional do Cariri (URCA)

Maria de Fátima Antero Sousa Machado⁵ – Universidade Regional do Cariri (URCA)

Palavras-chave: Adolescente. Tecnologias em saúde. Educação em saúde.

Resumo

Entendendo-se a adolescência como um período em que ocorrem significativas transformações biopsicossociais é que se destaca esta faixa etária no processo de educação em saúde. Neste sentido, complementam-se às atividades de educação em saúde através da utilização das tecnologias em saúde para a promoção da saúde destes jovens. Sob esse contexto, o presente estudo objetivou conhecer as tecnologias em saúde empregadas para o trabalho de promoção da saúde com os adolescentes. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, realizado entre os meses de fevereiro a maio de 2013, com os acadêmicos de enfermagem e enfermeiros que atuam no Projeto de Extensão Adolecer com Saúde, vinculado ao curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri – URCA. Para a coleta de dados utilizou-se da aplicação de um roteiro de entrevista semiestruturada. Os dados foram organizados em categorias temáticas, subsidiadas pelas falas dos participantes e analisados a partir da literatura referente à temática. Reconheceu-se que as tecnologias em saúde como importantes no processo educativo. Percebeu-se que a utilização das tecnologias em saúde bem desenvolvidas no processo educativo são as tecnologias leve-duras. Contudo, maior destaque foi dado às tecnologias leves representadas pelo vínculo e acolhimento. Desta forma, considera-se que a utilização das tecnologias em saúde no desenvolvimento do processo educativo, pode contribuir favoravelmente para o bom êxito destas ações direcionadas aos adolescentes.

Introdução

Sabe-se que a adolescência é uma fase marcada por inúmeras transformações fisiológicas, sociais e psicológicas. Acrescenta-se a isto a necessidade das descobertas e de indagações que esta faixa etária possui em relação a si mesmo, colocando este grupo em destaque no processo de educação em saúde.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a adolescência é uma fase da vida, que começa aos 10 e vai até os 19 anos, e segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente começa aos 12 e estende-se até os 18 anos, onde acontecem diversas mudanças físicas, psicológicas e comportamentais. O Ministério da Saúde adota a definição da OMS (BRASIL, 2006).

Entendendo-se esta realidade, busca-se orientar aos adolescentes a adoção de mudanças comportamentais que propiciem estilos de vida saudável. Mudanças essas adquiridas pela adequação a estilos e práticas que promovem a melhoria da qualidade de vida à saúde dos adolescentes. A partir disto, quando se adotam hábitos de vida saudáveis, é que se espera perseguir um paradigma de saúde, no qual o sujeito ativo é o protagonista do contexto recriado (MONTEIRO; MEDEIROS; OLIVEIRA, 2007).

As atividades de educação em saúde também representam a principal atividade de promoção da saúde para estes sujeitos e objetiva desenvolver autonomia, responsabilidade das pessoas e comunidades com sua saúde, além de ser uma prática social transformadora amplamente utilizada (GUBERT *et al*, 2009).

Neste sentido, utilizam-se as Tecnologias em Saúde com a finalidade de subsidiar o desenvolvimento das atividades de Educação em Saúde. Segundo Merhy (2000) as tecnologias são divididas em três tipos: as tecnologias duras, tecnologias leve-duras e as tecnologias leves. A primeira, utiliza-se equipamentos e aparelhos. A segunda, é representada pelos conhecimentos bem estruturados como a clínica e a epidemiologia e, finalmente as tecnologias leves que implicam com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade em ato.

Nessa conjuntura, buscando desenvolver e implementar ações de educação em saúde, as tecnologias em saúde são processos concretos que, podem desenvolver um conjunto de atividades que serão produzidas e controladas pelos seres humanos, podendo ser veiculados como artefatos ou como saberes, sistematizados e com controle de cada passo do processo (GUBERT *et al*, 2009).

Mediante o exposto, este estudo visa conhecer as tecnologias empregadas para o trabalho com os adolescentes visando a promoção da saúde destes sujeitos. Já que as tecnologias em saúde redirecionam o modelo de assistência em saúde. Salienta-se que este estudo contribuiu para a identificação das tecnologias em saúde utilizadas e ainda a possibilidade de discuti-las com enfoque na promoção da saúde.

Metodologia

A presente pesquisa foi realizada através de um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa. O estudo teve como cenário o Projeto de Extensão Universitária: Adolecer com Saúde. Este está vinculado ao curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri – URCA, sendo constituído por acadêmicos do curso de graduação em enfermagem da referida instituição de ensino superior e enfermeiros, sob a coordenação de professores do curso de enfermagem. Os sujeitos da pesquisa foram os acadêmicos de enfermagem e enfermeiros, membros do projeto de extensão, que atuam no desenvolvimento das tecnologias em saúde e são facilitadores da atividade educativa. Desta forma 14 sujeitos fizeram parte deste estudo e estão identificados segundo a denominação: Facilitador representados pela letra F. A coleta de dados se deu a partir de um roteiro de entrevista semiestruturada foi aplicada aos acadêmicos de enfermagem e enfermeiros que desenvolvem o processo educativo.

Os dados foram organizados em categorias temáticas, as quais foram subsidiadas pelas falas dos participantes, e destas, temas foram retirados para conduzir a análise. Como afirma GIL (2010): as categorias são compostas por um termo-chave contendo uma significação centra. Para análise de dados, utilizou-se a literatura referente ao contexto abordado.

Os aspectos éticos e legais da pesquisa foram respeitados. Sendo que o projeto recebeu o parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da URCA nº 328.962/13.

Resultados e Discussão

Em relação às tecnologias em saúde utilizadas para a promoção da saúde dos adolescentes, verificou-se que no processo de desenvolvimento da atividade de educação em saúde, são empregadas tecnologias que facilitam o processo de acolhimento entre os participantes, conforme é percebido pelo registro das falas.

“Bom, a gente utiliza das tecnologias lúdicas, a questão da balança, do jogo da garrafa e também as tecnologias leves e leve-duras. A questão das relações interpessoal entre eles mesmos e a questão do conhecimento, da troca de informação. É basicamente estas. Digamos que não tem as tecnologias duras, duras mesmo; mas, a gente utiliza materiais confeccionado de forma artesanal no desenvolvimento da oficina”. (F-4)

“Mitos e verdades. E a dinâmica do Acolhimento e do Semáforo”. (F-3)

“A gente utiliza tecnologias leves, né? Que é o acolhimento, quando a gente cria um vínculo, né? A gente se apresenta: cada membro da equipe...aí depois eles se apresentam pra gente pra gente criar um vínculo e com o crachá a gente vai chamar pelo nome [...] Então primeiro é o acolhimento, a tecnologia leve”.(F-7)

“ A comunicação que estabelecemos com os adolescentes é muito importante... utilizamos muito a tecnologias leves... As leve s-duras, a gente usa também com nossos materiais” . (F-2)

“Tecnologias duras, né? Que no caso é o papel, né? Que é utilizado, a estrutura, né? Como o quadro também que é utilizado. E leves, né? que é o acolhimento”. (F-14)

Tratando-se das tecnologias direcionadas ao público adolescentes Gubert *et al* (2009) relatam estas como estratégias educacionais utilizadas e que podem estimular comportamentos saudáveis, através da aprendizagem de habilidades para os cuidados da saúde no enfrentamento do processo de saúde-doença entre os adolescentes, nos agravos que requerem mudanças permanentes ou temporárias

e na percepção de risco e/ou vulnerabilidade e gravidez precoce. Foco principal das atividades de educação em saúde para com este público em questão.

Essas tecnologias em saúde, conforme afirmam Mielke e Olschowsky (2011) auxiliam na possibilidade de compreensão do contexto vida do usuário, valorizando suas experiências e atentando para suas necessidades além de incluir o cuidado nos diferentes aspectos da vivência destes indivíduos.

Deste modo, quando as tecnologias são utilizadas para efetivação do processo educativo, outros estudos afirmam que as tecnologias são processos concretos que, partindo de uma experiência cotidiana e da pesquisa, auxiliam no desenvolvimento de um conjunto de atividades e podem ser veiculados como artefatos ou como saberes (GUBERT *et al.*, 2009).

Neste contexto, é preciso valorizar o processo de comunicação, conforme relato de um dos entrevistados, e que segundo Alves e Aerts (2011), enfocam como fundamental que ocorram a escuta, a observação e a interação entre as pessoas. Pelo registro das falas, percebe-se a predominância das tecnologias leves, representadas como as decorrentes das relações interpessoais, pelo acolhimento.

No que se refere a este aspecto, abordam que o acolhimento deve desencadear a prática da escuta, pois se espera que o profissional se volte para o usuário e, em consequência, estabelecendo-se uma relação de empatia na produção do cuidado em saúde (MIELKE; OLSCHOWSKY, 2011).

Quando se desenvolve uso de tecnologias leve-duras, que são os conhecimentos técnicos, o profissional de saúde associa os saberes estruturantes do cuidado em saúde à subjetividade das relações interpessoais, ou seja, o componente leve (PESSANHA; CUNHA, 2009).

Salientam-se destes relatos, a configuração das tecnologias leves em saúde. Àquelas implicadas no momento do estabelecimento das interações intersubjetivas na efetuação dos cuidados em saúde. Maior ênfase se dá ao acolhimento por disponibilizar um processo de escuta, diálogo e valorização do saber do outro. Perpassa toda a terapêutica e o cuidado em saúde, e intensifica o conjunto dos sujeitos envolvidos (JORGE *et al.*, 2011).

Analisando-se os relatos dos entrevistados, percebeu-se que a utilização das tecnologias em saúde bem desenvolvidas no processo educativo são as tecnologias leve-duras. Contudo, maior destaque foi dado as tecnologias leves representadas pelo vínculo e acolhimentos, especialmente relacionadas no desenvolvimento da comunicação entre os participantes do processo educativo.

Pelo exposto, destacam-se que as dinâmicas em grupo que favorecem a interação entre os sujeitos bem como favorecem a exposição dialogada dos relatos de vida. Uma vez que os processos educativos mediados pelas tecnologias em saúde, favorecem a promoção da saúde dos adolescentes.

Conclusão

Percebe-se que a utilização das tecnologias em saúde no desenvolvimento do processo educativo, pode contribuir favoravelmente para o bom êxito destas ações direcionadas aos adolescentes. E como mediadores, verificou-se que as tecnologias em saúde representadas pelas tecnologias leves representam as estratégias educativas mais utilizadas para a promoção da saúde dos sujeitos.

Referências

ALVES, G.G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva e adolescentes e jovens**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUBERT, F.A. *et al.* Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE. **Rev. Eletr. Enf.**, v.11, n. 1, p. 165-72, 2009. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a21.htm>.> Acesso em: 11. out. 2011.

JORGE, M.S.B. *et al.* Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e

autonomia. **Ciênc. saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n7/05.pdf>> Acesso em: 28. out. 2011.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface (Botucatu)**[online], v.4, n. 6, p. 109-116, 2000.

MIELKE, F. B.; OLSCHOWSKY, A. Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. **Esc. Anna Nery**[online], v. 15, n. 4, p. 762-768, 2011.

MONTEIRO, A. I.; MEDEIROS, J. D.; OLIVEIRA, J. R. Estilo de vida e vulnerabilidade social dos adolescentes no Bairro de Felipe Camarão, Natal/RN, 2005. **Rev. Electr. Enf.**, v. 09, n. 01, p. 176 - 190, 2007.

PESSANHA, R. V.; CUNHA, F. T. S. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.18, n. 2, p. 233-40, 2009.

Agradecimentos

Aos integrantes do Projeto de Extensão Adolescer com Saúde da Universidade Regional do Cariri.

TECNOLOGIAS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS IDOSOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NA ATENÇÃO BÁSICA

Caroline Torres da Silva - Hospital Maternidade São Vicente de Paulo Email: enfcarolinetorres@hotmail.com

Ana Alinne Gomes da Penha - Centro Universitário São Camilo

Lídia Samantha Alves de Brito - Universidade Regional do Cariri

Kamille Ribeiro Sampaio - Centro Universitário São Camilo

Huana Carolina Cândido Moraes - Universidade Federal do Ceará

Maria Corina Amaral Viana - Universidade Regional do Cariri

Palavras-chave: Tecnologia. Promoção da Saúde. Idoso.

Resumo

Objetivou-se conhecer as tecnologias utilizadas pelos enfermeiros na promoção da saúde dos idosos portadores de doenças crônicas na atenção básica. Trata-se de um estudo do tipo exploratório de abordagem qualitativa e caráter descritivo, realizado no Município de Farias Brito-CE, a população é constituída pelos enfermeiros que atuam na atenção básica do referido município. A amostra foi selecionada utilizando-se como critério de inclusão, os enfermeiros que utilizam tecnologias e estratégias educativas para idosos portadores de doenças crônicas tratáveis na atenção primária à saúde. Foram excluídos os profissionais da atenção básica não enfermeiros. A coleta de dados foi realizada com base em entrevistas semi-estruturadas e os resultados apresentados através de depoimentos. Obtiveram-se como resultados que são utilizados os três tipos de tecnologias leves, leve-duras e duras pelos enfermeiros na promoção da saúde dos idosos sendo as leve-duras como cartazes, panfletos, palestras e orientação individual as mais citadas segundo os profissionais. Diante dos resultados foi possível conhecer as tecnologias mais utilizadas entre os enfermeiros no tocante a promoção da saúde dos idosos portadores de doenças crônicas na atenção básica.

Introdução

A população mundial está envelhecendo de forma gradual, com o aumento da expectativa de vida, conseqüentemente, aumentam os riscos de adoecimento por doenças crônicas não transmissíveis. O Brasil apresentava uma população de 190.755.799 habitantes, em 2010, dos quais 20.590.599 eram considerados idosos (idade ≥ 60 anos), correspondendo a 10,8% da população brasileira (IBGE, 2010). O país caminha rapidamente para um perfil demográfico mais envelhecido, caracterizado por uma transição epidemiológica, onde as doenças crônicas não transmissíveis ocupam lugar de destaque (MORAES, 2012).

Assim, a prática da promoção da saúde a qual consiste em desenvolver mudanças e práticas saudáveis para o indivíduo, deve ser incorporada na assistência do cuidar rotineira dos profissionais da saúde evitando possíveis declínios da saúde. Pode-se definir essa atividade como o conjunto de medidas destinadas a desenvolver uma saúde ótima, promover a qualidade de vida, reduzir vulnerabilidade e riscos a saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (HEFLIN *et al.*, 2009).

Além disso, as medidas preventivas que estão dentro da proposta de promoção da saúde distinguem-se em quatro níveis, sendo eles: primário, secundário, terciário e quaternário. Podem ser utilizados quatro tipos diferentes de abordagem de tecnologias para efetuar intervenções preventivas, a saber: aconselhamento ou mudança de estilo de vida, rastreamento, quimioprevenção (uso de drogas que, comprovadamente, reduzem o risco de doenças e/ou suas complicações) e imunização (RUSSEL *et al.*, 2011).

O conceito de tecnologia em saúde diz respeito aos saberes estruturados e habilidades relacionadas a produtos e materiais que definem terapêuticas e processos de trabalho e se constituem em instrumentos para construção da saúde (NIETSCHE, 2000). Ainda, segundo a Portaria 2.510/GM podem ser consideradas tecnologias os sistemas organizacionais, educacionais, de informações e de suporte, e programas e protocolos assistências, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população (BRASIL, 2005).

A tecnologia faz-se presente no processo de cuidar de enfermagem em todos os aspectos. Ademais, a mesma se apresenta como se estabelecem as relações entre os atores e, na forma como se dá o cuidado em saúde, sendo este compreendido como um trabalho vivo em ato (ROCHA *et al.*, 2008). As tecnologias utilizadas pelos profissionais podem ser classificadas em: tecnologias leves, nas quais se visualiza claramente que a implementação do cuidado requer o estabelecimento de relações (vínculo, gestão de serviços e acolhimento); tecnologia leve-dura, quando se lança mão de saberes estruturados (teorias, modelos de cuidado, processo de

enfermagem); e tecnologia dura, representada pelo uso de instrumentos, normas e equipamentos tecnológicos (MERHI, 2002).

O enfermeiro tem papel fundamental no acompanhamento dos idosos portadores de doença crônica quando realiza assistência de enfermagem seja na promoção, proteção e recuperação da saúde. Em virtude disso, se faz o seguinte questionamento: quais as tecnologias utilizadas pelos enfermeiros na promoção da saúde dos idosos portadores de doenças crônicas na atenção básica?

O assunto em questão foi escolhido devido à importância do desenvolvimento da promoção da saúde para aumentar o conhecimento das pessoas sobre saúde buscando solucionar problemas e complicações futuras, principalmente, dos idosos que são mais suscetíveis ao adoecimento.

A questão torna-se importante, pois conhecer as tecnologias utilizadas por quem trabalha promovendo saúde e capacitando o cidadão frente a sua condição de saúde pode fornecer aumento do conhecimento sobre o assunto, a adequação das políticas sociais e o impacto econômico gerado pelo aumento das demandas de tecnologias no nosso país.

Considerando os aspectos mencionados, o presente estudo objetivou conhecer as tecnologias utilizadas pelos enfermeiros na promoção da saúde dos idosos portadores de doenças crônicas na atenção básica.

Metodologia

O estudo representa uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa de caráter descritivo, acreditando que neste referencial possa-se descrever e registrar a existência e variedade das tecnologias utilizadas pelos enfermeiros na promoção da saúde dos idosos portadores de doenças crônicas na atenção básica segundo Emerson Merhy.

A pesquisa em questão foi realizada no município de Farias Brito-CE com os profissionais enfermeiros da atenção primária à saúde sendo desenvolvidas as etapas de coleta de dados, desenvolvimento, análise e conclusão entre abril e junho de 2014.

Os critérios de inclusão para participação na pesquisa foram: os enfermeiros que utilizem/desenvolvam tecnologias e estratégias educativas para idosos portadores de doença crônica tratáveis na atenção primária à saúde. Foram excluídos os profissionais não enfermeiros.

O instrumento de coleta de dados adotado foi uma entrevista semi-estruturada, realizada com os enfermeiros da atenção primária à saúde, no período em que os mesmos estiveram disponíveis. Utilizou-se ainda gravador digital, para posterior transcrição das falas dos envolvidos na pesquisa. Vale salientar que a transcrição das falas ocorreu na íntegra de acordo com discurso do participante.

Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temática, que segundo Minayo (2010), é dividida em três etapas: a pré-análise, que corresponde à escolha do material a ser utilizado; exploração do material, que consiste na operação de codificação; tratamento dos resultados obtidos e interpretação, que coloca em relevo as informações obtidas, propõem inferências e realiza interpretações previstas no seu quadro teórico.

A entrevista foi marcada com antecedência, programando o dia e hora da realização da coleta de dados, dessa maneira tornou-se mais oportuna a sua realização. No ato da entrevista foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para os enfermeiros, que fizeram parte da entrevista, os mesmos foram informados de que sua participação na pesquisa não incorreria em riscos ou prejuízos de qualquer natureza e que poderiam abandoná-la a qualquer momento, com isso obedecendo à resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que rege as pesquisas envolvendo seres humanos.

É importante esclarecer que para zelar a identidade dos participantes e o sigilo absoluto das informações prestadas por estes, foi utilizado códigos assim especificados E1, E2...E9. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal do Ceará, obtendo parecer favorável (protocolo nº 660.902/2014).

Resultados e Discussão

O foco durante o curso da análise pauta-se em identificar as tecnologias utilizadas na promoção da saúde dos idosos na atenção básica. Esta etapa vem apontar e apresentar a análise e interpretação dos resultados obtidos formados na referida pesquisa de acordo com o tema explorado.

Tecnologias Utilizadas na Promoção da Saúde dos Idosos Portadores de Doenças Crônicas

O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos nossos grandes desafios. Ao entrarmos no século XXI, o envelhecimento global causará um aumento das demandas sociais e econômicas em todo o mundo (WHO, 2005).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Assim, o Brasil caminha rapidamente para um perfil demográfico mais envelhecido, caracterizado por uma transição epidemiológica, onde as doenças crônico-degenerativas ocupam lugar de destaque. O incremento das doenças crônicas implicara a necessidade de adequações das políticas sociais, particularmente aquelas voltadas para atender as crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social (MENDES, 2011). Na área da saúde, essa rápida transição demográfica e epidemiológica traz grandes desafios, pois é responsável pelo surgimento de novas demandas de saúde, especialmente a “epidemia de doenças crônicas e de incapacidades funcionais”, resultando em maior e mais prolongado uso de serviços de saúde (MORAES, 2012).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano. O número temático da revista *The Lancet* sobre a Saúde no Brasil apresenta, em seu capítulo sobre doenças crônicas não transmissíveis, o enorme desafio para o controle dessas doenças e seus fatores de risco. Às doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, renais, diabetes e cânceres são atribuídos cerca de 70% dos óbitos em 2007 (SCHMIDT *et al.*, 2011).

Ao pensar no trabalho em saúde, reconhece-se a singularidade deste, que se produz em ato, na subjetividade dos sujeitos envolvidos, e a importância de se conhecer as tecnologias que viabilizam esse processo produtivo (FERNANDES *et al.*, 2011).

As tecnologias em saúde apresentam três tipos distintos a partir da definição proposta por Merhy, em: leve, leve-dura e dura. Quando os enfermeiros foram indagados quanto às tecnologias utilizadas na promoção da saúde do idoso com doença crônica foi identificado o uso dos três tipos citados nas falas dos entrevistados. Logo abaixo os que utilizam as tecnologias leves:

“Nosso trabalho só é possível de desenvolver se tiver uma relação de confiança e respeito, principalmente, com os pacientes idosos na hora das orientações para mudanças de hábitos na alimentação.” (E1)

“O contato diário na unidade de saúde permite criar um vínculo com os idosos e desenvolver um ambiente mais favorável com acolhimento humanizado.” (E3)

“Os idosos que têm uma frequência maior na unidade básica são os acometidos por Diabetes e hipertensão, ou seja, os pacientes que a gente desenvolve um maior contato o que proporciona a criação de um vínculo com eles quando faltam já sei que não veio.” (E4)

Sabe-se que as tecnologias leves condensam em si as relações de interação e subjetividade, o que dinamiza o processo de interação do cliente no grupo, de modo a facilitar a aprendizagem. Ao se privilegiar o diálogo, a escuta e o envolvimento com a queixa do outro, tem-se um acolhimento resolutivo, sendo imperiosa a corresponsabilização entre profissionais de saúde e cliente na procura pelo melhor cuidado (SANTOS *et al.*, 2007).

A atenção primária à saúde contempla a estratégia saúde família que traz como proposta uma equipe multidisciplinar para atender a comunidade adstrita em seu território. Tal estratégia tem como um dos objetivos a promoção da saúde e prevenção de doenças. As intervenções sobre a população que não apresenta doenças, mas com fatores de risco para adoecer, precisam ser direcionadas como suporte e apoio às mudanças de estilo de vida incorporando um modelo de vida saudável (ROSE, 2010).

Assim, as tecnologias leve-duras foram as mais utilizadas pelos profissionais nas atividades de educação em saúde com idosos.

“(…) palestras educativas, a caderneta do idoso, trabalhos em grupos com produção de cartazes e panfletos e pinturas que tem participação dos profissionais do CRAS, prevenção de quedas e fraturas, alimentação saudável e atividade física.” (E2)

“Bom, o trabalho feito com os idosos na promoção da saúde nós utilizamos basicamente palestras, dinâmicas, rodas de conversa, material audiovisual, pôsteres, ilustrações, panfletos informativos e explicativos.” (E5)

“Eu utilizo a caderneta do idoso que foi muito trabalhada durante a implantação e hoje a gente dá continuidade a essa tecnologia, as palestras e cartazes com figuras e informações com foco na prevenção de acidentes/quedas, alimentação saudável e prática de exercício físico de acordo com a capacidade do idoso e suas comorbidades.” (E8)

Foi possível observar também que os entrevistados citaram a participação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Dessa forma, a promoção da atividade física e da nutrição saudável possibilita rever crenças e valores em seus contextos de vida, que cada vez mais são limitados pela influência dos fatores econômicos, políticos, sociais, culturais e a visão de mundo das pessoas (FERNANDES *et al.*, 2011).

As tecnologias duras também são utilizadas como os instrumentos de trabalhos dos profissionais e como na promoção da saúde usamos tecnologias para prevenção de agravos como campanhas de vacinação e exames de rastreamento para monitorar, diagnosticar e tratar os idosos portadores de enfermidades crônicas, principalmente, os hipertensos e diabéticos que representam a maioria dessa clientela.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

“(...) também dentro do propósito de promover saúde com foco na prevenção e rastreamento com utilização de verificação de glicemia capilar com glicosímetro levo também o tensiômetro para aferição da pressão arterial, a balança para peso, calculadora para fazer o IMC, fita métrica para medição da cintura campanhas em praças públicas a respeito da fragilidade do idoso acometido pelas doenças crônicas com ênfase em diagnóstico precoce e também alertar para os perigos dessas comorbidades na velhice.” (E9)

“(...) realizo campanhas para prevenção de complicações nos pacientes hipertensos e diabéticos com utilização de aparelho de pressão e HGT para medir a glicemia.” (E6)

O trabalho com grupos nas unidades básicas é orientado para ser realizado por uma equipe multiprofissional, o que tem exigido dos profissionais de saúde a busca e a apropriação de tecnologias para viabilizar a aprendizagem de forma criativa e o manejo do tratamento pelos sujeitos, tais como teatro, musicoterapia, dinâmicas de grupo, ludoterapia, técnicas de relaxamento e de automassagem, dentre outros (FERNANDES *et al.*, 2011).

A promoção da saúde é um processo de capacitação da comunidade, que visa à melhoria das condições de vida e saúde, sendo suas ações produtos da combinação das políticas públicas de saúde, das ações comunitárias e de ações dos próprios indivíduos, para o desenvolvimento das suas habilidades e de intervenções para as ações conjuntas intersetoriais e modificação favorável do ambiente (SANTOS, 2008).

Assim, a tecnologia não deve ser vista apenas como algo concreto, como um produto palpável, mas pode ser resultado de um trabalho que envolve um conjunto de ações abstratas que apresentam uma finalidade específica, nesse caso, a promoção da saúde dos idosos portadores de doenças crônicas. A tecnologia, portanto, permeia todo o processo de trabalho em saúde, apresentando-se desde o momento da ideia inicial, da elaboração e da implementação do conhecimento, indo até o resultado dessa construção (MERHI, 2002).

Conclusão

Diante dos resultados obtidos pelo presente estudo, foi possível conhecer as tecnologias utilizadas e desenvolvidas pelos enfermeiros na promoção da saúde do idoso portadores de doenças crônicas na atenção básica. Dentre as tecnologias, vale destacar as tecnologias leve-duras que foram as mais relatadas para as atividades de promoção da saúde pelos profissionais.

Além disso, ficou claro que os entrevistados relataram utilizar os três tipos de tecnologias. Esse fato ressalta que todas as tecnologias são igualmente importantes e devem estar inseridas nas diversas formas de trabalho da enfermagem bem como na promoção da saúde. Em suma, o estudo foi incisivo em apontar que há muito em que se aprimorem os conhecimentos sobre tecnologias na sua utilização para um melhor aproveitamento de seus benefícios no processo de trabalho da enfermagem na promoção da saúde dos idosos portadores de doenças crônicas na atenção primária à saúde.

Ainda, vale destacar a insuficiente periodicidade de uso das tecnologias de acordo com os relatos colhidos e que são necessários novos estudos que aprofundem esses aspectos ou que capacitem esses profissionais para integrar o uso das tecnologias na prática cotidiana de forma rotineira.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2.510/GM de 19 de dezembro de 2005**. Institui Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde - CPGT. Diário Oficial da União. 20 dez 2005; Seção 1:77.

FERNANDES, M. T. O.; SILVA, L. B.; SOARES, S. M. **Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família**. Ciência & Saúde Coletiva, 16(Supl. 1):1331-1340, 2011.

HEFLIN, M. T.; SCHMADER, K. E.; SOKOL, H. N. **Geriatric health maintenance**. 2009. Disponível em: <[http:// www.uptodate.com](http://www.uptodate.com), Acesso em: 04 maio 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). Censo 2010. Disponível em:<www.ibge.gov.br>. Acesso em 10 de julho de 2014.

MORAES, E. N. **Atenção a saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

RUSSEL, H.; FLETCHER, R. H.; SOKOL, H. N. **Overview of preventive medicine in adults**.2011. Disponível em: <<http://www.uptodate.com>>. Acesso em: 25 julho 2014.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. Ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onoko R, organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 113-50.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2011.

NIETSCHE, E.A. **Tecnologia emancipatória: possibilidade para a práxis de enfermagem?** Ijuí: Ed. UNIJUÍ; 2000.

ROCHA, P. K.; PRADO, M. L.; WAL, M. L. *et al*. **Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo do Cuidado**. Rev. Bras. Enferm. 2008;61(1):113-6.

ROSE, G. **Estratégias da medicina preventiva**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A.; RODRIGUES, A. A. A. O. *et al*. **Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil**. Cad Saude Publica 2007; 23(1):75-85.

SCHMIDT, M. I. *et al*. **Chronic non communicable diseases in Brazil: burden and current challenges**.The Lancet. v. 377, n. 9781, p.:1949-1961, 2011.

WHO. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p. Disponível em: http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 6 jun. 2014.

Agradecimentos

Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Sociedade (GRUPESS).

Grupo de Pesquisa em Avaliação de Tecnologias do Sistema Único de Saúde (GPTSUS).

TENTATIVA DE SUICÍDIO POR FOGO: COMO EXPERIÊNCIAS NO MUNDO MORAL LOCAL EXERCERAM SEU PODER DE INFLUÊNCIA - RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Rafaele Teixeira Borges¹ Universidade de Fortaleza – UNIFOR rafaele_borges@hotmail.com

Cristiani Nobre de Arruda ² Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Marilyn Nations³ Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Palavras-chave: Tentativa de suicídio. Estigma social. Violência.

Resumo

Enquanto a biomedicina define suicídio como ato consciente e intencional, a antropologia médica contra argumenta que forças macrossociais inflige sentimentos de desesperança e desamparo. Esse estudo antropológico objetiva descrever a experiência subjetiva e motivos sentidos da ideação suicida por imolação. Foram realizadas entrevistas etnográficas e narrativas, realizadas no Centro de Tratamento de Queimados de um hospital público, no Nordeste brasileiro. Utilizamos a Análise de Conteúdo e a Interpretação Semântica Contextualizada, interligando os sinais, significados e ações tomadas diante situações marcantes da vida. Desvelamos histórias marcadas por estigma social, preconceito e violência simbólica. A vítima da queimadura auto-inflingida sofrem atos de humilhação e desprezo pela família e sociedade, constrói, culturalmente, uma identidade degradante de “não pessoa.” É necessário compreender, sem culpabilizar os significados escondidos por trás do suicídio - chave para humanizar o cuidado clínico.

Introdução

O suicídio atrai a atenção e o estudo das diversas áreas científicas, tais como a filosofia, a teologia, a biologia, a psicologia, a sociologia, entre outros (PARENTE ACM, 2007). O suicídio é definido como um ato consciente de auto-destruição, ato intencional de um indivíduo para extinguir sua própria vida (LOVISI GM et al, 2009). A literatura aponta outras dimensões e significados, sempre partindo dos aspectos que iniciou se o ato que deflagrou a morte, como a perda da vontade de viver, o desejo ou a intenção de auto-destruição. Buscando entender o ato em si que levou a morte, a motivação para estar morto e o conhecimento do potencial de levar a morte (PARENTE ACM, 2007).

Alguns fatores tidos como de risco são descritos na literatura e que, estes podem levar a um ato de grandes consequências. Os principais fatores são: a depressão, histórico familiar, sexo, idade, desemprego, dificuldades financeiras, doenças crônicas (AIDS, acidente vascular cerebral, esclerose múltipla, doença de Parkinson e insuficiência respiratória crônica), aspectos de ordem psiquiátrica e o uso de substâncias psicoativas, como o álcool (MELEIRO, 2004).

Outro ponto a ser abordado é a injúria moral. A injúria moral é um sofrimento gerado internamente desencadeado por uma ação ou situação interpretada negativamente ao entrar em conflito com os valores que fundamentam a conduta nas relações intra e interpessoais, podendo vir a somatizar dores externamente, podendo levar ao suicídio (Wood, 2014).

Distintamente da injúria moral, o estresse pós-traumático é atribuído a uma situação ou agressão externa e há uma reação fisiológica e cognitiva involuntária ao lembrar a situação traumática, geralmente pautada em medo ameaçador. Não envolve necessariamente um ato de transgressão moral, de crenças enraizadas na moralidade cultural e social, apesar de estar associado a sintomas de evitação e reexperiência e compartilhar de muitos sintomas da injúria moral, como ansiedade, depressão e fobia social (Litz et al. 2009; Wood, 2014). Por tanto, esse estudo antropológico objetiva descrever a experiência subjetiva e motivos sentidos da ideação suicida por imolação.

Metodologia

Esse estudo trata-se de uma pesquisa do tipo qualitativa, que utilizou as técnicas de observação participante, entrevistas etnográficas e narrativas livres. Foi realizada no Hospital Instituto Dr José Frota (IJF), a escolha do local se deve ao fato do Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) deste hospital, ser referência em todo o Nordeste brasileiro no tratamento do paciente queimado. A população do estudo se deu em um único indivíduo, relato de experiência. Os dados foram analisados através da metodologia da análise semântica da narrativa, a partir da identificação dos treze sinais de traumas encontrados na narrativa de Benezer (2003) e o modelo de análise dos “sistemas de signos, significados e ações” (CORIN, 1990).

A metodologia da Narrativa de Trauma (BENEZER, 2003), é utilizada em narrativas, na qual o entrevistador não interfere, apenas observa. Histórias de vida não são apenas uma lista de eventos, mas incluem avaliações da experiência. Portanto, mudanças no significado do trauma são desveladas em vários estágios da vida de uma pessoa. Esta técnica permite que a pessoa compartilhe suas experiências mais íntimas (sentimentos de vergonha culpa), além de compartilhar a reconstrução do significado das experiências traumáticas para si mesmo, bem como para o entrevistador. Realizamos uma leitura flutuante das narrativas, afim identificarmos os 13 sinais do trauma encontradas na própria narrativa por Benezer (2003). Mergulhamos na intimidade desse indivíduo, indo a fundo, identificando o que abalou sua moral e desencadeou a tentativa do ato suicida.

Resultados e Discussão

Tobias: “uma tocha humana”

Fevereiro de 2013, Tobias, 28 anos, separado, pele morena, cabelos escuros e mal cuidados, desistiu da vida na terra. Na calçada de sua casa, na periferia de Fortaleza, tomou seu banho de despedida. Jogou gasolina em seu corpo. Risca um palito de fósforo. “Vuuuuuummmmm” (...) num segundo desesperador, o jovem homem se transformou numa *“tocha humana!”* “*Aí, veio aquele fogão em cima de mim! Peguei fogo! Saí correndo doido! Pegando fogo e queimando todim!*” Nesse exato momento traumático Tobias enxergou o seu destino inimaginavelmente cruel: o sofrimento eterno no inferno! Na sua frente, lhe esperava o Diabo, vermelho com chifre e espeto em mãos. Morria de medo do “satanás”: *“Quando eu toquei fogo em mim, eu vi o satanás. Com chifre e na mão dele tinha um espetozão!”*

A tentativa de auto-destruição vem seguida de um sentimento de fuga. Uma fuga desesperada. Fugir de algo que esteja fora do poder de controle, escapar de um sofrimento intenso, o mergulho em sentimentos de desesperança e desamparo, o conflito entre a sobrevivência e um estresse insuportável que passa a estreitar o vínculo da vontade de viver ou vontade de morrer. Estudos apontam que a intenção primária ao cometer auto-injúria é a busca de atenção. (MACEDO, ROSA E SILVA, 2011).

Tobias já estava vivendo um inferno no mundo dos vivos. Desempregado, foi morar, “de favor,” na casa de sua irmã. Não era mais “o homem da casa” e provedor da família. Era nada. Tirada “sua moral,” lamenta: *“Sem grana para pagar as contas, eu perdi minha moral em casa.”* Desmoralizado diante a família, caiu no inferno do vício das drogas: *“Depois que eu caí no álcool, no crack, pronto, foi só destruição. Essa pedra é maldita.”* Largado pela esposa, passou a viver nas ruas, em meio a *“humilhações e desconsiderações.”* Metamorfoseou-se num cachorro, numa vira lata de rua: *“O pessoal disconsidera a gente. Quer tratar a gente igual um cachorro!”*

Kleinman (2011) chama atenção para o que denomina de “injustiça doméstica”. Ocorre quando um membro da família fracassa em corresponder a expectativa do outro em algum momento ou quando se utiliza de palavras rudes para agredir o outro. As políticas familiares estão diretamente ligadas a jogos de poderes na família. Na cultura chinesa, ferir a moralidade do outro, principalmente partindo de um membro da família é algo terrivelmente danoso. Pois, essas políticas familiares baseiam-se em responsabilidade emocional e moral. Quando algo atinge essa relação emocional e moral, o suicídio é visto como meio de protesto a tal desonra a moralidade do outro.

Para contemplar sua queda, foi acusado injustamente de ser portador do vírus do HIV. Para ele, o portador de HIV é uma não-pessoa: *“Quem tem o HIV, acho que num é mais ser humano mais.”* Perde o que restou da sua frágil moral diante o mundo. Agora para apagar com a dor da sua alma, só tocando fogo no seu corpo: *“Atirei gasolina no meu próprio corpo, por causa da maldita pedra do cão e das falsas palavras!”*

Diante de seu mundo moral local, Tobias sofreu a dolorosa experiência do estigma. Perante todos ele tinha AIDS, *“uma doença de homossexuais.”* Logo Tobias, homem “macho” do Nordeste brasileiro. Como iria encarar essa acusação? Se não bastasse seu vício nas drogas, a falta de uma renda, morar de favor, dentre tantos outros conflitos sociais; ainda surge mais isso. A morte encurtaria seu sofrimento.

Na base da injúria moral há sentimentos de vergonha e culpa por não ter se comportado de uma forma moralmente aceita. O trauma instalado vem de um profundo senso de traição, uma vez que foi lhe imposto um código moral que contrasta brutalmente com o contexto no qual se ancora a experiência da transgressão. Desta forma, a pessoa passa a não confiar mais em seus pares, tende ao retraimento e a sintomas de evitação e reexperiência do evento (Litz et al. 2009).

Por outro lado, muitos fatores estão envolvidos desde a ideação suicida e no próprio ato. Muitas vezes a atenção do indivíduo, seus interesses estão voltados para fora do lar, colocando a família em segundo plano, onde esta deveria ser o início da socialização primária (VIEIRA, LIES, et al, 2009).

Conclusão

Este estudo antropológico, realizado em um hospital público do Nordeste brasileiro, revelou uma experiência única na vida de homens e mulheres que tentaram tirar suas próprias vidas através do fogo. Passamos a experimentar a dor da alma do outro quebuscou, da maneira mais cruel, uma fuga desesperada de situações que não mais suportavam. A carga emocional dessa desmoralização refletira diretamente, no intimo dessa pessoa humana. Vivenciamos que o ato suicida é uma construção afetiva, emocional e sociocultural.

Referências

BENEZER, Gadi. **Trauma signals in life stories**. IN: ROGERS, Kim Lacy; LEYDESDROFF, Selma e ROUTLEDGE, Graham Dawson (editors). *Memory and Narrative*. Great Britain: Editora Routledge, pp29-44, 2003.

COURIN, E.; BIBEAU, G.; MARTIN, J. C.; LAPLANTE, R. **Comprendre pour Soigner Autrement. Repères pour Régionaliser les Services de Santé Mentale**. Montréal: Presses de l'Université de Montréal, 1990.

KLEIMANN, A.; YUNXIANG, Y.; JING LEE, S.; ZHANG, E.; TIANSHU, P.; JINHUA G. **Deep China: the moral life of the person** (What Anthropology and Psychiatry Tell Us About China Today). University of California Press. 2011.

LOVISI, G. M. *et al.* Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Rev. Bras Psiquiatr.** v. 31, supl II, p. S86 – S93, 2009.

MACEDO, J. L. S.; ROSA, S. C.; SILVA, M. G. Queimaduras autoinflingidas: tentativas de suicídio. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 6, n. 38, p. 387 – 391, 2011.

MELEIRO, A. M. A. S.; TENG, C. T.; WANG, W. P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

PARENTE, A. C. M. *et al.* Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro. **Rev. Bras Enferm. Brasília**, v. 4, n. 60, p. 377 – 381, 2007.

VIEIRA, L. J. E. S. *et al.* Amor não correspondido: discursos de adolescentes que tentaram suicídio. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 14. n. 5, p. 1825 – 1834, 2009.

Wood, D. (2014) . Moral Injury. *Huffington post*. Retrieved from :<http://projects.huffingtonpost.com/moral-injury/grunts>

Agradecimentos

RT Borges agradece ao apoio da Fundação Cearense de Apoio à Pesquisa (FUNCAP), M Nations recebe apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (apoio de produtividade científica). Agradecemos ao grupo CNPq Cultura e Humanização e ao Hospital Instituto Dr José Frota pelo apoio na realização da pesquisa.

TEORIA DO CONFORTO: ANÁLISE CRÍTICA À LUZ DO MODELO DE BARNUM

Amanda Onofre Lins Guerra (apresentador) – Universidade Estadual do Ceará amanda_olguerra@hotmail.com

Lia Bezerra Furtado Barros – Universidade Estadual do Ceará

Caroline Batista de Queiroz Aquino – Universidade Estadual do Ceará

Lúcia de Fátima da Silva (Orientador) – Universidade Estadual do Ceará

Palavras-chave: Teoria de enfermagem. Modelos de enfermagem. Cuidado de conforto.

Resumo

Tem-se desenvolvido modelos de análise teórica que possibilitam uma crítica das várias teorias de enfermagem, sua aplicação nos diversos cenários da prática do enfermeiro e suas limitações de desenvolvimento. Assim, trata-se de um estudo analítico e descritivo da Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba. Com a finalidade de possibilitar uma análise crítica acerca da teoria, foi utilizado o referencial de análise de Bárbara Barnum (1994). Para elaboração desse estudo, as informações foram retiradas da principal obra de Katherine Kolcaba, *Comfort - Theory and Practice*, cuja última edição data de 2003 e de artigos que a autora disponibiliza em seu website. Este trabalho proporcionou a reflexão sobre os conceitos, proposições, princípios e operacionalização da Teoria do Conforto que ainda está em construção. Desse modo, entende-se que a Teoria do Conforto contempla todos os critérios definidos pelo método de análise de Barbara Barnum.

Introdução

A Enfermagem vem se constituindo como ciência e arte na área da saúde com vistas a produzir um corpo de conhecimentos próprio que atenda aos interesses, necessidades e peculiaridades da profissão e do contexto social (SCHAURICH; CROSSETTI, 2010).

A partir das décadas de 50 e 60, a Enfermagem deu ênfase em estudos sobre seus conceitos, o seu objeto de trabalho e o referencial teórico pertinente ao mundo do cuidar, quando começaram a elaborar as teorias de enfermagem propriamente ditas.

Assim, teoria pode ser considerada como preposições com o objetivo de descrever e explicar fatos da realidade, o que à torna reflexo da realidade ou uma forma de representá-la. A teoria é um conjunto de princípios fundamentais, que constituem um instrumento científico apropriado na procura e principalmente na explicação dos fatos (MARKONI; LAKATOS, 2010).

A utilização das teorias de enfermagem significa um avanço na conquista da cientificação da enfermagem, determinando sua autonomia e suas ações. Assim, observa-se uma maior necessidade do enfermeiro, quando realiza sua prática, em ter como bases filosóficas teorias de enfermagem na busca de um cuidado qualificado para o indivíduo e a comunidade.

Neste sentido, as teorias podem ser consideradas aportes epistemológicos fundamentais ao desenvolvimento do conhecimento e à prática, pois auxilia na direção dos modelos clínicos da enfermagem e possibilita que os profissionais descrevam e expliquem a realidade, auxiliando no desenvolvimento da tríade teoria, pesquisa e prática na área (SCHAURICH; CROSSETTI, 2010).

Diante do exposto sobre a relevância da utilização de teorias de enfermagem para seu desenvolvimento enquanto ciência do cuidar, torna-se importante analisar seus conceitos fundamentais, bases filosóficas e atributos da profissão para produzir conhecimento e intervenções no processo de cuidar de pessoas, desde a concepção à morte, em todos os cenários de atuação do enfermeiro (PIRES, 2013).

Desse modo, tem-se desenvolvido modelos de análise teórica que possibilitam uma crítica das várias teorias de enfermagem, sua aplicação nos diversos cenários da prática do enfermeiro e suas limitações de desenvolvimento.

Uma das teorias que se destaca quando se busca o conceito conforto nos referenciais teóricos da Enfermagem, foi a Teoria do Conforto, de Katherine Kolcaba, na qual o conforto tem maior expressividade sendo uma meta dos cuidados de enfermagem (APÓSTOLO, 2009). Assim, esse estudo tem como objetivo desenvolver uma análise da Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, utilizando como modelo de análise de Bárbara Barnum.

Metodologia

Trata-se de um estudo analítico e descritivo da Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba. Com a finalidade de possibilitar uma análise crítica acerca da teoria, foi utilizado o referencial de análise de Bárbara Barnum (1994). Para elaboração desse estudo, as informações foram retiradas da principal obra de Katherine Kolcaba, *Comfort - Theory and Practice*, cuja última edição data de 2003 e de artigos que a autora disponibiliza em seu website.

A autora sistematizou a análise das teorias por meio da recomendação dos seguintes passos: identificar os elementos principais

da teoria; classificar a teoria em descritiva ou explicativa; determinar se a teoria descreve a enfermagem como é ou como deve ser e se ela diferencia a enfermagem de outras profissões ou ações de cuidado; identificar se o foco da teoria está centrado na ação de enfermagem, no paciente ou no relacionamento enfermeiro-paciente; e, verificar se a teórica fornece alguma definição inconsistente com o restante da teoria.

Barnum (1994) descreve que após a etapa de análise da teoria, deve em seguida julgar os componentes estruturais fundamentais da teoria: contexto, conteúdo, processo e objetivo. O contexto é definido como o ambiente no qual a ação de enfermagem ocorre. Quanto ao conteúdo, é definido como os aspectos que definem a teoria. O processo é o método pelo qual o enfermeiro pode utilizar a teoria. O objetivo é a meta esperada pela aplicação da teoria.

Na última etapa, após a análise dos elementos estruturais e componentes da teoria, executa-se a avaliação dos critérios internos e externos. Critérios internos identifica como os componentes estão interligados e verifica relação lógica entre eles e é avaliado pelos critérios: clareza, consistência, adequação, desenvolvimento lógico e nível de desenvolvimento da teoria.

Os critérios externos é a maneira como a teoria se relaciona com o mundo e com a enfermagem. Os critérios usados para avaliar a crítica externa são: convergência com a realidade, utilidade, significância, discriminação (capacidade de diferenciar a enfermagem), alcance e complexidade da teoria.

Resultados e Discussão

Na Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, enfermagem é a avaliação intencional das necessidades de conforto dos pacientes, famílias e comunidade; elaboração de medidas de conforto para suprir as necessidades, incluindo a avaliação das medidas realizadas comparadas a uma base anterior. Paciente é o indivíduo, família ou comunidade com necessidade de saúde, incluindo cuidados primários, terciários ou preventivos. Ambiente se caracteriza como aspectos do meio do indivíduo, família ou comunidade que influenciam o conforto e que, manipulados, podem melhorar o conforto. Por fim, saúde é o funcionamento adequado das funções do paciente, família ou comunidade facilitado pelo conforto.

Assim, identifica-se a teoria como explicativa, pois descreve como a enfermagem deve realizar suas ações com o objetivo de suprir as necessidades do paciente, proporcionando conforto. A teoria descreve como foco da enfermagem as necessidades do paciente, sendo uma representação do que os pacientes esperam receber dos enfermeiros responsáveis pelo seu cuidado.

Portanto, o foco da teoria é no desenvolvimento das ações de enfermagem que possui como meta promover o conforto do paciente. Desse modo, Kolcaba desenvolveu os seguintes princípios:

1. Enfermeiras identificam necessidades de conforto de pacientes e familiares que não foram satisfeitas.
2. Enfermeiras elaboram intervenções de enfermagem para estas necessidades
3. Fatores são considerados quando desenvolvidas as intervenções de enfermagem para determinar o sucesso destas.
4. Se a intervenção é eficaz, o conforto é fortalecido de imediato.
5. Pacientes e enfermeiras concordam sobre os comportamentos saudáveis e realistas.
6. Pacientes que alcançam o conforto são mais engajados nos comportamentos saudáveis.
7. Quando os pacientes se engajam no comportamento saudável após alcançar o conforto, enfermeiros e pacientes ficam mais satisfeitos com o cuidado e demonstram melhores resultados.
8. Um profissional preocupado com o ambiente obtém melhores resultados dos pacientes e da instituição.
9. Quando pacientes e enfermeiros estão satisfeitos com serviço de saúde de uma instituição, será de conhecimento público o que contribui para o crescimento do local.

Para Kolcaba (2003), o significado de conforto em saúde é a situação em que as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência são fortalecidos nos quatro contextos da experiência humana holística: físico, psíquico, ambiental e social.

Critérios internos

Nos critérios clareza e consistência, clareza deve ser observada quanto a fácil compreensão do leitor e a consistência deve ser avaliada quanto a presença de inconsistências nos termos, interpretações, princípios e métodos da teoria. Os primeiros artigos de Kolcaba, principalmente sobre análise conceitual do termo conforto, utilizam uma linguagem mais complexa, porém são consistentes em termos de definições, pressupostos e proposições. Em suas publicações posteriores, Kolcaba aborda mais facilmente seus conceitos e inicia a aplicação da teoria em algumas situações utilizando linguagem acadêmica, mas acessível.

Quanto à adequação, Kolcaba utiliza linguagem clara e compreensível, no qual todos os conceitos estão teórico e operacionalmente definidos e condizem com o que a teoria se propõe. A teoria do conforto, de acordo com Kolcaba, pode ser aplicada em vários cenários da prática do enfermeiro. Seus conceitos e definições conseguem ser reproduzidos na prática e abrangem todos os

aspectos e fatores sobre o conforto que são relevantes para o enfermeiro. Devido a sua universalidade, a teoria é compatível com valores e com a missão das instituições. A teoria ainda é de fácil compreensão e simples o suficiente para orientar a prática do enfermeiro.

Em relação ao desenvolvimento lógico, Kolcaba relata que elaborou a Teoria do Conforto por meio de dois tipos de raciocínio lógico, indução e dedução. Pelo a indução, Kolcaba deu os primeiros passos na construção da teoria. Naquele período, Kolcaba era enfermeira de uma instituição para idosos e a partir de observações ela dividiu as incapacidades em física e mental e introduziu o conceito de conforto em seu diagrama. Em seguida, Kolcaba desenvolveu o diagrama de cuidados para a demência que, após publicação e sugestão de outros, deixou de ser específico para a demência.

Com a dedução, Kolcaba desenvolveu o conceito de conforto e fez sua relação com os outros termos da teoria. Para isso, Kolcaba utilizou o diagrama da teoria de Henry Murray para unificar os termos. O trabalho de três teóricos de enfermagem foi implicado na definição do termo conforto, definindo os três tipos de conforto, alívio, transcendência. Desse modo, a fase dedutiva se desenvolveu, iniciando com a construção teórica geral e abstrata para níveis mais específicos que incluíam conceitos para enfermagem.

Por último, quanto ao nível de desenvolvimento, a primeira parte da teoria está enfrentando experimentação empírica com estudos realizados com mulheres com câncer de mama e com paciente com incontinência urinária. A primeira parte se caracteriza com a identificação das necessidades não satisfeitas de conforto dos pacientes, projetando intervenções para atender a essas necessidades, e procurando aumentar o conforto dos seus pacientes, o resultado imediato. Kolcaba está desenvolvendo estudos com a relação entre conforto e integridade institucional, a segunda parte da teoria.

Critérios externos

Em análise da teoria, os conceitos e as fases de desenvolvimento da prática do enfermeiro são claras, operacionalizáveis e condizem com o critério da realidade de convergência, pois seus pressupostos e princípios determinam e convergem com a realidade.

Quanto à utilidade, a Teoria do Conforto é proveitosa para a prática de enfermagem, ao ensino e à pesquisa. Kolcaba descreve alguns estudos desenvolvidos nas áreas de pediatria, geriatria, enfermagem obstétrica, cuidados intensivos, oncologia, infertilidade, hospícios e paciente com incontinência urinária.

Em relação ao significado, como já citado a teoria tem seus conceitos e termos bem definidos e coerentes durante todo o seu desenvolvimento.

Para o ensino, a teoria pode ser utilizada nos cursos de enfermagem, pois é de fácil compreensão e aplicabilidade. Ainda forneceu um método para planejar, implementar e avaliar as intervenções de enfermagem. No âmbito da pesquisa, as enfermeiras podem fornecer provas que influenciam a tomada de decisão ao nível institucional, comunitário e legislativo por meio de estudos sobre o conforto que demonstrem a eficácia dos cuidados holísticos de enfermagem.

Quanto ao critério da descrição, Kolcaba descreve o conforto é um resultado holístico desejável relativo à disciplina de enfermagem. Assim, a teoria discrimina as intervenções de enfermagem e destaca a importância do conforto para a área, apesar de utilizar na construção da teoria autores de outras áreas como medicina e arquitetura.

Em relação ao alcance da teoria, a Teoria do Conforto tem sido aplicada em várias situações de investigação, de culturas e grupos etários. O único fator limitante é o grau de empenho que as enfermeiras e os administradores estão dispostos a ter na satisfação das necessidades de conforto dos pacientes.

Por fim, no critério complexidade, a Teoria do Conforto é considerada simples, pois regressa aos cuidados básicos de enfermagem. Possui uma aplicação e termos pouco técnicos, porém pode ser aplicada em cenários complexos. O conceito conforto ainda não possui uma definição única, sendo multifacetado e dinâmico.

Conclusão

A enfermagem tem desenvolvido seu conhecimento próprio com o estudo e a utilização das teorias de enfermagem, direcionando a prática de enfermagem, o ensino e a pesquisa. Assim, compreende-se a necessidade analisar as teorias construídas com o saber e a prática da disciplina, contribuindo para o crescimento do conhecimento e qualificação do cuidado de enfermagem.

Esse estudo proporcionou a reflexão sobre os conceitos, proposições, princípios e operacionalização da Teoria do Conforto que ainda está em construção. Desse modo, entende-se que a Teoria do Conforto contempla todos os critérios definidos pelo método de análise de Barbara Barnum.

Destaca-se a importância de estudos dessa natureza para o desenvolvimento da enfermagem como ciência do cuidar.

Referências

APÓSTOLO, J. L. A. O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. Revista Referência, Coimbra,

v. 2, n. 9, p. 61-64, mar. 2009.

BARNUM, B. S. Nursing Theory: analysis, application, evaluation. 4th ed. Philadelphia, New York: Lippincott; 1994.

KOLCABA, K. Evolution of the Mid Range Theory of Comfort for Outcomes Research. Nursing outlook, v. 49, n. 02, 2001.

KOLCABA, K. Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research. New York: Springer publishing company, Inc. 2003. 264p.

PIRES, D. E. P. Transformações necessárias para o avanço da Enfermagem como ciência do cuidar. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 66, set. 2013,

MARCONI, M.; LAKATOS, E. M. Fundamentos da metodologia científica. 7 edição. São Paulo: Atlas, 2010.

SCHAURICH, Diego; CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Mar. 2010.

TEORIA TRANSCULTURAL E O CUIDADO DA SAÚDE NA AMAZÔNIA.

SANTOS, Dayanne de Nazaré - Universidade da Amazônia (UNAMA), enfdayannesantos@yahoo.om.br

REIS, Augusto Santos dos Reis

CORDEIRO, Juliana Pereira Pinto

TEIXEIRA, Tiago de Lima Vieira

VELOSO, Raquel Tiheko Hidaka

CASTRO, Nádile Juliane Costa de – Universidade da Amazônia

Palavras-chave: Teoria de enfermagem; Antropologia; Prática clínica; Amazônia.

Resumo

O cuidado em saúde não restringe somente aos conceitos de prevenção, diagnóstico e tratamento, é imprescindível conhecer o contexto cultural, os valores, os rituais e crenças que envolvem o indivíduo. Realizar uma análise da produção científica publicadas pela enfermagem voltadas à teoria transcultural e seus efeitos nas práticas de enfermagem na região amazônica. Como instrumento de pesquisa foi utilizado a revisão integrativa da literatura, que permite uma avaliação crítica e a síntese de evidências acessíveis sobre o tema investigado, trazendo diversas reflexões com propósito de atualizar o tema em investigação. No total foram analisadas 25 publicações, onde foi identificada a relevância da aplicabilidade da teoria nas práticas de enfermagem, tornando possível um elo entre os conhecimentos das práticas populares associadas às práticas de enfermagem na região amazônica. A seguinte pesquisa evidenciou que o conhecimento dos conceitos em antropologia favorece de modo significativo as práticas de enfermagem no contexto amazônico.

Introdução

A disposição definida pela Enfermagem Transcultural foi a de propiciar um serviço de atendimento significativo e eficaz para as pessoas, de acordo com seus valores culturais e seu contexto de saúde-doença. Assim sendo, a Teoria foi construída a partir da premissa de que as pessoas de cada cultura, não apenas podem saber e definir as formas nas quais experimentam a percepção de seu mundo de atendimento de enfermagem, mas também podem relacionar essas experiências, percepções e visão de mundo com as suas crenças e práticas de saúde (LEININGER, 2002).

O cuidado transcultural se torna ainda mais importante quando nos deparamos com regiões, como a Amazônia, que apresenta um complexo e diversificado contingente populacional e sua diversidade sociocultural (CONFALONIERI, 2005).

A seguinte pesquisa tem como objetivo realizar uma análise da produção científica publicadas pela enfermagem voltadas à teoria transcultural e seus efeitos nas práticas de enfermagem na região amazônica.

Metodologia

Optamos pelo referencial de uma revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa permite que o leitor reconheça os profissionais que mais investigam determinado assunto, separar o achado científico de opiniões e idéias, além de descrever o conhecimento no seu estado atual, promovendo impacto sobre a prática clínica. Este método de pesquisa proporciona aos profissionais de saúde dados relevantes de um determinado assunto, em diferentes lugares e momentos, mantendo-os atualizados e facilitando as mudanças na prática clínica como consequência da pesquisa (ROMAN;FRIEDLANDER,1998).

O levantamento bibliográfico contemplou publicações de enfermagem por meio de busca nas bases de dados do Scielo, PubMed, Lilacs usando como critério de busca as palavras-chave: “teoria de enfermagem”, “antropologia”, “prática clínica” e “Amazônia” com ênfase nos últimos dez anos, identificando os principais aspectos o conhecimento em teoria transcultural.

Após a análise minuciosa dos resumos foram selecionadas 22 produções escritas de 1998 a 2007. Dessas, foram excluídos os estudos que não se enquadravam a temática norteadora e ao objetivo desta revisão. Os dados extraídos foram analisados, tendo-se em vista sua frequência absoluta e depois categorizados nas áreas temáticas para posterior discussão.

Resultados e Discussão

A partir da análise das 22 produções científicas que atenderam os critérios de inclusão estabelecidos previamente, a síntese está apresentada de forma descritiva, para compor o conhecimento sobre o tema pesquisado, constatamos que os conceitos e proposições da teoria transcultural reiteram o compromisso social que a enfermagem diariamente acolhe.

A enfermagem como ciência e arte do cuidado assume papel fundamental na vida do ser humano, afinal a história da humanidade mostra, desde os seus primórdios, que os seres humanos precisam de cuidado para sobreviver, para viver com saúde, felicidade e bem estar, e para curar-se em situações de doenças (PIRES,2009).

Dos periódicos analisados, com maior percentual de artigos sobre a teoria transcultural foi o Scientific Eletronic Library Online, após os anos de 2005, ocorreu um crescente aumento de publicações relacionadas à teoria transcultural no que tange as suas potencialidades nas práticas em saúde, embora ainda sejam escassas as pesquisas nessa área.

Especificamente no Brasil, quase inexistem estudos desta natureza, o que aponta para uma lacuna de conhecimento no que diz respeito à abordagem dos rituais de cuidado que são desenvolvidos pelos próprios indivíduos, famílias e grupos em seus contextos culturais. Se, por uma lado, os estudiosos de enfermagem têm colocado ênfase na necessidade desses estudos, por outro as pesquisas dessa natureza não tem sido merecedoras da mesma atenção (MOURA;CHAMILCO;SILVA, 2005).

Entretanto, Garnelo e Langdon (2005), diz que no Brasil nos últimos vinte anos, os estudos e pesquisa sobre saúde, cultura e sociedade têm se multiplicado, e na ultima década, a antropologia da saúde/doença vem se consolidando como espaço de reflexão, formação acadêmica e profissional de médicos, enfermeiros e outros profissionais da área da saúde no país.

A enfermagem como ciência e arte do cuidado assume um papel de relevância na promoção a vida, ao potencializar o bem estar dos seres humanos, tanto na sua individualidade, complexidade quanto na integralidade. A compreensão dos contextos culturais e sociais que contornam os usuários possibilita uma prática mais inclusiva, valorizando o saber advindo de várias culturas, ampliando a visão de mundo e propiciando uma assistência mais abrangente.

Em estudos transculturais, foram constatados vários elementos que variam segundo a universalidade e diversidade a cultura. Entre eles, põem ser destacados alguns, como:apoio , conforto, estimulação,observação, envolvimento,toque, respeito,prevenção,ajuda,amor e confiança (BERMASCO,2004).

A antropologia aplicada a saúde-doença, contribui para a formação profissional, incitando reflexões sobre políticas voltadas às comunidades tradicionais, agregando os saberes populares à medicina científica, trilhando novas formas de cuidado. O contexto amazônico constituído pelas interações sociedade-ecossistema, apresenta nuances em comparação aos demais estados brasileiros.

Diferenças notáveis tanto do ponto de vista econômico, social, ecológico e principalmente cultural, tornando um território favorável para inúmeras formas de cura, por meio de diversas práticas populares de agentes como parteiras, benzedeiras, curandeiros entre outros. Ainda é escasso o número de publicações voltado à prática de enfermagem nas comunidades tradicionais, tornando um aspecto relevante para incitar novos desafios para sua utilização no campo de trabalho.

Conclusão

Para a diferença no que tange a assistência à saúde e de enfermagem, é fundamental vincular os saberes advindos das comunidades tradicionais à prática clínica, permitindo compreender a cultura e sua influência nas práticas de saúde, levando-se em consideração que o ser humano contém formas de cuidar herdadas culturalmente. Por conseguinte, o enfermeiro tem como desafio ajustar sua prática clínica levando em consideração os saberes populares para oferecer um cuidado humanizado e holístico.

Referências

BERMASCO, Roselena Bazilli. GUALDA,Dulce Maria Rosa. Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença, São Paulo:ícone,2004.

CONFALONIERE, Ulisses. Saúde da Amazônia:um modelo conceitual para a analise de paisagens e doenças. Estudos Avançados, São Paulo;2005.

GARNELO,Luiza: LANGDON Jean. A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção à saúde. Em MINAYO,Maria Cecília de Souza.; COIMBRA,C. (orgs.). Críticas e atuantes:ciências sociais e humanas em saúde na América Latina.Rio de Janeiro:Fiocruz,136-56,2005.

LEININGER Medeleine , FARLAND Marilyn. Transcultural nursing:concepts,theories,research & practice. 3ªed. New York (USA): Mac

Graw-Hill:2002.

MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos, CHAMILCO, Rosilda Alves da Silva Isla, SILVA, Leila Rangel da. A teoria transcultural e sua aplicação em algumas pesquisas de enfermagem:uma reflexão. Esc. Anna Nery Revista Enfermagem. 9(3):434-40,dez 2005.

PIRES, Denise. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. Ver Bras Enferm,62(5),739-44, 2009.

ROMAN Arlete Regina, FRIEDLANDER Maria Romana. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. Cogitare Enferm. 3(2):109-12, Jul-Dez 1998.

Agradecimentos

Universidade da Amazônia.

TERAPIA BASEADA EM *MINDFULNESS* (ATENÇÃO PLENA) NA EXPERIÊNCIA SUBJETIVA DA DOR CRÔNICA: CUIDADO INTEGRATIVO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Áthila Campos Girão – Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), athila_campos@yahoo.com.br

Rafaele Teixeira Borges – Universidade de Fortaleza (Unifor);

Daniela Sopezki – Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)

Marcelo Marcos Piva Demarzo – Universidade Federal de São Paulo (Unifesp),

Marilyn Kay Nations (Orientador) – Universidade de Fortaleza (Unifor)

Palavras-chave: Mindfulness. Dor crônica. Atenção Primária.

Resumo

As terapias baseadas em *mindfulness* (TBMs) é uma modalidade de prática complementar e integrativa de baixo custo e efetiva em diversos problemas de saúde, constituindo uma intervenção não farmacológica ao tratamento da dor crônica na atenção primária. Este estudo discute as TBMs no contexto da Atenção primária à Saúde, principalmente com relação à experiência subjetiva do adoecimento crônico dos indivíduos e comunidades. Estudo de natureza exploratória de referências bibliográficas, com ênfase no conceito da Narrativa da Enfermidade de Arthur Kleinman e nos artigos científicos, especialmente da base de dados Pubmed, relacionados ao descritor *mindfulness* / *mindfulness based-intervention*. No contexto do modelo de saúde centrado na experiência da pessoa leva-se em consideração uma pessoa humana inserida num contexto multifacetado com ênfase no conceito de enfermidade (*illness*) como a experiência subjetiva do adoecimento, elegendo o sofrimento multidimensional como objeto do cuidado, em detrimento da doença (*disease*) como o processo biológico em desordem frisando os mecanismos biológicos pertinentes ao adoecimento, desligando-a da dimensão experiencial. Através das TBMs, que treinam e cultivam aspectos essenciais da mente via desenvolvimento da atenção e empatia, a experiência subjetiva da dor crônica pode ser reavaliada positivamente ao compreender as estruturas e mecanismos socioambientais e culturais produtores de adoecimento e desequilíbrios vitais. As TBMs vem ao encontro da necessidade emergente de se remodelar o campo da saúde face à limitação do paradigma biomédico quanto à totalidade da experiência humana.

Introdução

As condições crônicas de saúde estão relacionadas a causas múltiplas e são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades.

As desordens de natureza crônica apresentam altos índices de comorbidades relacionadas, compondo 60% do ônus decorrente de doenças no mundo, pois são diretamente responsáveis por grande número de internações com perda da qualidade de vida e aprofundamento dos sintomas a cada crise desencadeada (BRASIL, 2012; DELLAROZA et al., 2008).

Possuem impacto econômico relevante para o país, pois não só agrega despesas ao sistema único de saúde (SUS), mas com gastos gerados em função de absenteísmo, aposentadorias precoces, diminuição da população economicamente ativa, queda da produtividade em empresas publicas e privadas (BRASIL, 2012).

Em 2012, O ministério da saúde publicou o “**Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**” como referência no estabelecimento de diretrizes para o cuidado às pessoas com doenças crônicas no SUS. Visa também a subsidiar formas de organizar o cuidado integral e em rede para esses usuários e a definir conceitos importantes para essa organização integrando modelos multi e interdisciplinares de atenção à saúde. O público alvo desta política são os portadores de doenças renocardiovasculares, a obesidade, a diabetes, a hipertensão, as doenças respiratórias crônicas, o câncer de mama e o de colo, mas com abertura a outros problemas de saúde como as dores crônicas (BRASIL, 2012).

O tratamento das dores crônicas se assenta no modelo convencional de saúde, em sua grande maioria de caráter farmacológico. Apesar de a intervenção farmacológica produzir efeitos reconhecidos, o modelo de saúde fragmentado, reducionista e com ênfase nos processos biológicos e orgânicos do adoecimento, no qual a biomedicina está pautada, negligencia aspectos essenciais da experiência do processo saúde-doença (DELLAROZA et al., 2008; KLEINMAN, 1995).

Devido à multicausalidade, entrelaçando-se fatores biopsicossociais, econômicos e ambientais, estima-se a adesão ao tratamento

convencional em torno de 20%, tornando a cronificação persistente, contribuindo à busca constante e excessiva aos serviços de saúde (CORDEIRO et al., 2008).

Novos modelos de atenção à saúde vêm ao encontro de uma dinâmica mais solidária e voltada à construção da integralidade do ser, sendo os tratamentos não farmacológico, complementar ou alternativo como uma opção terapêutica estimulada para o cuidado das pessoas com dores crônicas. Dentre elas, destacam-se intervenções psicoeducativas, como orientação do paciente sobre o gerenciamento e identificação dos fatores desencadeantes mantendo, registro em diário da evolução das crises e modificação do estilo de vida; uso de terapias comportamentais, como relaxamento, biofeedback e terapia cognitivo-comportamental; e abordagens terapêuticas como quiropraxia, homeopatia, fisioterapia psicomotora, psicoterapia, acupuntura, e um tipo específico de meditação chamada *Mindfulness* (FLORES; JUNIOR, 2008; LAKHAN; SCHOFIELD, 2013).

O presente estudo tem o objetivo de discutir a inserção das TBMs no contexto da Atenção primária à Saúde, principalmente com relação à experiência subjetiva do adoecimento crônico dos indivíduos e comunidades.

Metodologia

Estudo de natureza exploratória de referências bibliográficas, constando de um recorte da revisão de literatura do projeto de pesquisa intitulado “**Efeitos da acupuntura e de mindfulness em usuárias da Atenção Primária em Saúde com cefaleia primária crônica no município de Fortaleza-CE: estudo controlado e randomizado**”, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina (EPM) / Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), com coparticipação da Universidade de Fortaleza (Unifor), com ênfase no conceito da Narrativa da Enfermidade de Arthur Kleinman e nos artigos científicos, especialmente da base de dados Pubmed, relacionados ao descritor *mindfulness* / *mindfulness based-intervention*.

Resultados e Discussão

Na atenção primária à saúde, a dor crônica atinge altos níveis de prevalência, especialmente devido aos quadros de doenças musculoesqueléticas e de cefaleias. A dor tem sido descrita como sendo uma experiência sensorial e emocional desagradável que é associada ou descrita em termos de lesão tecidual (CORDEIRO et al., 2008).

O estudo de sua fisiopatologia no modelo biomédico vem privilegiando determinantes biológicos, mas negligenciando a experiência dolorosa multidimensionada a fatores como exposição a contextos potencialmente estressantes, repertório pessoal e familiar de enfrentamento inadequado à dor, presença de reforço ambiental, social e cultural à dor, uso abusivo de analgésicos e desgastes no relacionamento com profissionais da saúde (FLORES; JUNIOR, 2008).

Atualmente há bastante interesse no modelo centrado na experiência da pessoa, sendo o tratamento não farmacológico das dores crônicas uma tentativa de inserir esta perspectiva no contexto da biomedicina. (CAPRA, 1982; KLEINMAN, 1995).

Esta ótica enfatiza o conceito de enfermidade (*illness*) como a experiência subjetiva do adoecimento, elegendo o sofrimento multidimensional como objeto do cuidado, em detrimento da doença (*disease*) como o processo biológico em desordem frisando os mecanismos biológicos pertinentes ao adoecimento desligando-a da dimensão experiencial (KLEINMAN, 1995; ALVES, 2006).

No contexto do modelo de saúde centrado na experiência da pessoa leva-se em consideração uma pessoa humana inserida num contexto multifacetado e em uma estrutura complexa retratando um processo dinâmico e mutável em meio a influências biológicas, mental, emocional, espiritual, comportamental, social, cultural e econômica (DUARTE, 2003).

As narrativas da enfermidade crônica discutem como os problemas da vida são criados, controlados e dotados de significação, compreendendo o mundo interno interconectado ao externo em um processo que transpõe fronteiras físico-corpóreas. Trabalha com os conceitos de: 1) Doença (*disease*) como o processo patológico da biologia corporal; 2) cura (*healing*) como o método que os indivíduos recorrem para controlar os sintomas e dar significado à experiência; 3) Busca por ajuda (*help seeking*) como processo de busca de cuidado ao episódio de adoecimento dirigida a profissionais de saúde, autocuidado e autoconhecimento, cuidadores tradicionais e decisões sobre a aderência ao tratamento; 4) Experiência da enfermidade como a experiência subjetiva incluindo avaliação cognitiva dos sintomas, rotulação de condições, escolha de um plano terapêutico e implementação do mesmo e 5) Sofrimento como a dor existencial, estresse negativo (*distress*) que grupos e indivíduos precisam suportar por resultado da enfermidade e outros infortúnios. (KLEINMAN, 1988; 1991).

As práticas e intervenções baseadas em *mindfulness* (atenção plena, em português) são encontradas em diversas tradições culturais, religiosas, filosóficas e médicas do oriente, como por exemplo, no budismo e nas medicinas tibetana e chinesa. Essas práticas e intervenções têm sido cada vez mais adaptadas e integradas à prática clínica contemporânea ocidental de forma secular, principalmente na psicologia e na medicina, podendo ser classificadas dentro do que chamamos no Brasil de práticas integrativas e complementares (PIC). Junto ao desenvolvimento na área clínica, tem havido extensa elaboração epistemológica, como também pesquisa clínica e

epidemiológica, buscando estudar o impacto dessas intervenções na saúde física e psicológica das pessoas e populações (DEMARZO, 2011).

A palavra *mindfulness* pode ser usada para descrever uma característica psicológica, uma prática de cultivo da atenção no momento presente (por exemplo, por meio das práticas meditativas do tipo *mindfulness*), e um modo, estado, ou processo psicológico. Uma das definições mais citadas de *mindfulness* diz respeito ao estado psicológico que surge por meio de prestar atenção de uma forma particular: intencionalmente, no momento presente, e sem julgamento. Em geral, essas intervenções são desenvolvidas em grupo, com encontros presenciais semanais durante 08 (oito) semanas, sendo que cada encontro/sessão tem duração de 1 a 2,5 horas, sessões nas quais são ensinadas, praticadas e discutidas técnicas de *mindfulness* com foco na saúde (KABAT-ZINN, 2003).

As evidências atuais sugerem que o estado de *mindfulness* é positivamente associado com uma variedade de indicadores de saúde mental, tais como níveis mais elevados de afetos positivos, satisfação com a vida, vitalidade e regulação da emoção de adaptação, e menores níveis de afetos negativos e sintomas psicopatológicos. Além disso, há trabalhos mostrando a aplicabilidade das TBMs em diferentes patologias, como na melhora de qualidade de vida em pacientes com câncer, na redução de ansiedade em pacientes com doenças cardíacas, em distúrbios do humor, e no tratamento de abuso de substância, na redução do estresse, em recaídas de depressão e nas dores crônicas (KENG; SMOSKI; ROBINS, 2011).

Através das TBMs, que treinam e cultivam aspectos essenciais da mente via desenvolvimento da atenção e empatia, a experiência subjetiva da dor crônica pode ser reavaliada positivamente ao compreender as estruturas e mecanismos socioambientais produtores de adoecimento e desequilíbrios vitais. Esta perspectiva evidencia o sofrimento mental e emocional, sem negligenciar o biológico (*disease*) como componente relevante da experiência da dor e possibilita um real dimensionamento das consequências da enfermidade (*illness*) no viver diário, (KABAT-ZINN, 2003; KLEINMAN, 1997).

Essa abordagem prioriza a inclusão de fatores sociais, culturais e comportamentais na avaliação e manejo da experiência dolorosa, permitindo planos de cuidado e tratamento individualizados e atentos às demandas globais de seus pacientes, interagindo com equipes multi e interdisciplinares que utilizem em suas intervenções tecnologias de cuidado associadas a mudanças no estilo de vida e percepção da integralidade do adoecer. (MONSHAT; CASTLE, 2012).

O processo sustentado e continuado de 8 semanas proposto pelas TBMs, favorece o reconhecimento dos fatores de *distress* e a repercussão de um enfrentamento negativo aos mesmos e desperta nos indivíduos portadores de dor crônica o empoderamento para o autocuidado, o desenvolvimento da autonomia e a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida (KABAT-ZINN, 2003; KENG; SMOSKI; ROBINS, 2011; KLEINMAN, 1997).

Conclusão

Os usuários com cefaleias crônicas necessitam de um cuidado integral baseado em modelo abrangente e multifacetado de saúde para uma maior efetividade e adesão ao tratamento.

Este pressuposto teórico-conceitual vem ao encontro da necessidade emergente de se remodelar o campo da saúde face à limitação do paradigma biomédico quanto à totalidade da experiência humana.

Assim, o desenvolvimento da motivação intrínseca para a autocura, a abertura para o enfrentamento criativo e o empoderamento individual para lidar com situações que interferem negativamente no problema de saúde permitem, conjuntamente ou não com o modelo biomédico, fomentar um modelo assistencial centrado na pessoa e na promoção da saúde e qualidade de vida.

Referências

ALVES, P.C. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos socio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. **Cad Sau Publica**. V.22, n.8, p.1547-1554, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAPRA, F.O modelo biomédico. In: O Ponto de Mutação. Cultrix, 1982.

CORDEIRO, Q.; KHOURI, M.E. ; OTA, D.; CIAMPI, D.; CORBETT, C.E. Lombalgia e cefaléia como aspectos importantes da dor crônica na atenção primária à saúde em uma comunidade da região amazônica brasileira. **Acta**

Fisiátr. 2008;15(2):101-105. Disponível em : http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=149. Acesso em : 05 ago 2014

DELLAROZA, M.S.G.; FURUYA, R.K.; CABRERA, M.A.S., TSUO, T.M., TRELHA, C., YAMADA, K.N., PACOLA, L. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade **Rev Assoc Med Bras** , v.54, n.1, p. 36-41, 2008. <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n1/18.pdf>. Acesso em : 10 dez 2013.

DEMARZO, M. M. P. Meditação aplicada à saúde. **Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade**, v.6, n.1,p. 1–18, 2011

DUARTE, L.F.D. (2003). Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8,n.1,p.173:183, 2003

FLORES, A.M.N.; JUNIOR, A.L.C. Modelo biopsicossocial e formulação comportamental: compreendendo a cefaléia do tipo tensional. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 143-151, jan./mar. 2008. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n1/v13n1a16.pdf>. Acesso em : 05 jul 2014

KLEIMANN A. **The illness narratives**: suffering, healing e the human condition. New York: Basic Books, 1988.

KLEINMAN, A. **The illness narratives** – suffering, healing and the human condition. Basic Books, 1988.

_____. Suffering, healing and the human condition. **Encyclopedia of human biology**,v.7, p. 323-325, 1991

_____. What is specific to biomedicine. In KLEINMAN, A. **Writing at the margin**. University of California Press, 1995.

_____. Everything that really matters: social suffering, subjectivity, and the remaking of human experience in a disordering world. **Harvard Theological Review**, v.90, n.3, p.315-35, 1997.

KABAT-ZINN, J.Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. **Clinical Psychology: Science and Practice**, v.10, n.2, 2003

KENG, S.; SMOSKI, M. J.; ROBINS, C. J. Effects of mindfulness on psychological health : A review of empirical studies ,**Clin Psychol Rev**.v. 31, n. 6, p. 1041–1056, 2011.Disponível em : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3679190/pdf/nihms463108.pdf> doi:10.1016/j.cpr.2011.04.006. Acesso em : 20 jul 2014

LAKHAN, S. E.; SCHOFIELD, K.L. Mindfulness-Based Therapies in the Treatment of somatization Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. **PLOS ONE**, v. 8, n. 8, 2013. Disponível em : www.plosone.org. e71834. Acesso em : 01 ago 2014

MONSHAT, K.;CASTLE, D. J. Mindfulness training: An adjunctive role in the management of chronic illness? **Medical Journal of Australia**, v.196, n.9,p. 569–571, 2012. Disponível em: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L364912814>. Acesso em : 05 mar 2014

Agradecimentos

Agradecimentos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq e aos orientadores e membros dos Grupos de Pesquisa Cultura e Humanização do Cuidado – CNPq (Unifor) e Mente Aberta – Centro Brasileiro de Mindfulness e Promoção da Saúde (Unifesp)

TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA PROMOVENDO A SAÚDE MENTAL E CIDADANIA

Rochelle da Costa Cavalcante – Universidade de Fortaleza. Email: rochellecosta@ymail.com

Antonio Dean Barbosa Marques – Universidade de Fortaleza

José Iran Oliveira das Chagas– Universidade de Fortaleza

Maria Cecília Cavalcante Barreira – Universidade de Fortaleza

Marina Frota Lopes– Universidade de Fortaleza

Maily Kay Nations – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Terapia comunitária. Saúde Mental. Promoção da Saúde

Resumo

A Terapia Comunitária (TC) caracteriza-se como mais uma ferramenta com grande potencial terapêutico, podendo ser organizada em um espaço comunitário que possibilita a troca de experiências e de sabedorias de vida. Dessa maneira, objetivou-se relatar a experiência de atividades da TC, realizada no espaço “Vida Feliz” do MISCOM - Movimento Integrado de Saúde Comunitária, uma Organização não-governamental (ONG) em Fortaleza- CE. As atividades de TC aconteciam semanalmente, coordenada por dois terapeutas comunitários, com tempo previsto de até duas horas e participavam trinta mulheres que estavam integradas em um grupo familiar acompanhado pela ONG. O espaço destinado para os encontros era uma oca construída para esta atividade. A TC tem propiciado momentos para essas mulheres repensar mais amplo da sua vivência e experiências, através do acolhimento, da realização da escuta ativa das suas necessidades, que resultam no estabelecimento de vínculo entre as participantes. Assim, podemos concluir que a TC tornou-se um instrumento de prevenção e promoção da saúde mental e cidadania, contribuindo para a valorização dos sujeitos e sua autonomia.

Introdução

A Terapia Comunitária (TC) caracteriza-se como mais uma ferramenta com grande potencial terapêutico, podendo ser organizada em um espaço comunitário que possibilita a troca de experiências e de sabedorias de vida. Desenvolve-se de forma horizontal e circular ao propor que cada um que participe da sessão seja corresponsável no processo terapêutico que se realiza naquele momento e que produz efeitos tanto grupais quanto singulares (BRASIL, 2013).

É uma estratégia de trabalho grupal que acreditamos facilitar a compreensão do conteúdo acima descrito, além de ser uma técnica de escuta ativa do outro e do grupo, cujos temas costumam ser situações vividas ou sentimentos/emoções que remetem ao contexto familiar ou momentos do ciclo de vida familiar, temas estes que nem sempre são abordados em consultas de enfermagem de uma forma sistematizada e centrada no cuidado com a família (HORTA E CALDEIRA, 2011).

As sessões podem ocorrer em qualquer espaço físico em que as pessoas tenham condições de se reunir e conversar: no posto de saúde/ESF, em salas de espera, escolas, praças, casas dos usuários etc. Para tal é necessária apenas a presença de um ou mais terapeutas comunitários com formação: qualquer profissional de saúde, líder comunitário ou pessoa capacitada (BRASIL 2011).

A TC é desenvolvida em seis etapas: (1) acolhimento que é o momento de apresentação individual e das cinco regras; (2) escolha do tema, na qual as pessoas apresentam as questões sobre os quais querem falar, havendo uma votação sobre o tema a ser abordado no dia; (3) contextualização que é o momento em que o participante, com o tema escolhido, conta sua história e sentimentos. Nesse momento o grupo pode fazer perguntas; (4) problematização que é a questão-chave para reflexão do dia, relacionado ao tema, e o grupo é instigado a refletir; (5) rituais de agregação e conotação positiva o grupo unido, cada integrante verbaliza o que mais o tocou em relação às histórias contadas; E por último a (6) avaliação feita entre os terapeutas comunitários (BRASIL, 2013).

Esta prática possui regras para sua organização que são: respeitar quem está falando; fazer silêncio para escutá-lo; falar da própria história, utilizando a 1ª pessoa do singular (eu); não dar aconselhamento, discursar ou dar sermões; utilizar músicas que tenham a ver com o tema escolhido, bem como piadas, histórias e provérbios relacionados; preservar segredo do que é exposto (BRASIL, 2013).

Ainda conforme o Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental(2011), descreve que a TC fortalece o processo psíquico de cada um ao favorecer o reconhecimento de seus valores e suas potencialidades, promove a autonomia e independência dos sujeitos, valoriza a autoestima do indivíduo e do coletivo, além de reforçar o papel da família e da comunidade, da rede de relações que envolvem os sujeitos e reafirmar as práticas culturais como fomentadoras do exercício da união na família e comunidade, proporcionando melhor

comunicação entre as formas de saber popular e científico, resultando na prevenção e promoção da saúde mental e cidadania.

Dessa maneira, objetivou-se relatar a experiência de atividades da Terapia Comunitária, realizada no espaço “Vida Feliz” do MISCOM - Movimento Integrado de Saúde Comunitária, uma Organização não-governamental (ONG) em Fortaleza- CE.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência do tipo descritivo, realizado no espaço “Vida Feliz” do MISCOM - Movimento Integrado de Saúde Comunitária foi desenvolvido em uma Organização não-governamental (ONG) em Fortaleza- CE, localizada na periferia da cidade pertencente à Secretaria Executiva Regional V. Atualmente a ONG conta com 16 funcionários e 14 voluntários, que iniciaram as atividades em outubro de 1985. Dentre os profissionais que atuam voluntariamente, a organização conta com uma fisioterapeuta, três médicos, uma psicóloga, uma psicopedagoga, uma terapeuta, um massoterapeuta e uma dentista, duas acadêmicas de enfermagem, além de um grupo que realiza atividades de sociodrama, pertencente a uma universidade pública de Fortaleza- CE.

A população adscrita da ONG é constituída de 495 famílias, porém seu público-alvo principal se constitui de crianças pertencentes à faixa etária de 6-18 anos, para as quais oferece cursos de natação, futsal, percussão e artesanato, além dos grupos de teatro e dança, formados pelos próprios alunos. Apesar de assistir primordialmente as crianças, as famílias destas dispõem de terapia comunitária, atendimento com dentista e massoterapia. A área ocupada pela organização é correspondente a um quarteirão, ou seja, em torno de 10.000 mil metros quadrados com área livre e construídos, esta conta com vinte e cinco salas, destas, seis são consultórios.

As atividades de TC aconteciam semanalmente, eram coordenadas e conduzidas por dois terapeutas comunitários capacitados. Participavam trinta mulheres integradas em um grupo familiar acompanhado pela ONG, cada sessão tinha um tempo previsto de até duas horas. O espaço destinado para os encontros era uma oca construída para esta atividade.

Resultados e Discussão

A TC iniciava sempre com uma canção de alegria e de boas-vindas, em que todos dançavam e batiam palmas, um momento de integração. O **acolhimento**, primeira fase da terapia, o terapeuta comunitário começava com o lembrete dos aniversariantes da semana e as felicitações, as novidades da semana relacionada com a comunidade e lembrado as cinco regras da terapia. Seguia com o segundo etapa, a **escolha do tema**, em que as participantes falavam brevemente sobre a temática que sentiam vontade de falar, que lhes afligia, de maneira espontânea. Após esse momento, os demais participantes escolhiam a temática e explicam o porquê da preferência. Com a escolha do tema a ser abordado, é o momento de **contextualização**, terceira etapa, em que a participante conta sua história e sentimentos e os demais podem fazer perguntas na intenção de entender melhor a realidade do próximo. Quando alguém chorava ao contar sua história, o grupo cantava uma música de conforto.

A quarta etapa, é a **problematização** do dia relacionado ao tema escolhido, qualquer integrante do grupo que viveu algo parecido, espontaneamente conta a sua experiência, dificuldades e atitudes. E assim, o grupo vai compartilhando suas vivências e aprendendo com o próximo. Após esse momento acontece a quinta etapa, chamado de **rituais de agregação e conotação positiva** em que cada integrante verbaliza o que mais o tocou em relação às histórias contadas. E por fim a sexta etapa, todos cantam abraçados e vão desabafando o que aprenderam com as vivências dos colegas e fazem uma **avaliação**.

A TC tem propiciado momentos para que essas mulheres repensem, de maneira mais amplo, a sua vivência e experiências, através de um ambiente acolhedor, da realização da escuta ativa das suas necessidades, e assim resulta no estabelecimento de vínculo entre as participantes. Tornou-se um momento esperado, a presença na grande maioria das vezes era de 100% dos inscritos, sem falar das inúmeras solicitações de familiares não participantes para a formação de novos grupos.

Para Barreto (2005) é fundamental que a relação do grupo aconteça e que cada indivíduo siga aprendendo a respeitar as diferentes culturas, modos de ser, pensar e agir. É importante valorizar a diversidade de experiências, promovendo uma corresponsabilidade do grupo pela busca de soluções e de superações das adversidades.

No decorrer dos encontros, a TC abordavam várias temáticas, mas percebeu que um tema mais recorrente, que estava relacionado com a dependência química e a violência gerada nas mais diversas dimensões.

O bem-estar e o reconhecimento de capacidade em enfrentamento das dificuldades ao final da terapia tornavam-se um forte estímulo para essas mulheres não desistirem de si, nem de suas necessidades, prevenindo possíveis doenças desencadeadas pela tristeza e desânimo e evitando o isolamento social ou até mesmo uma depressão. O momento era marcado por desabafos que reconheciam o fim do desânimo e/ou estresse e melhoria nos problemas de insônia e de ansiedade. Assim, podemos perceber que a TC tornou-se um instrumento de prevenção e promoção à saúde mental.

Outro resultado que se destaca é a integração das participantes, que ao compartilhar seus sofrimentos e dúvidas, encontram palavras

que confortam e a construção de laços de amizade. Esta ferramenta destaca-se em virtude de favorecer a coesão social nas comunidades, fortalecendo a relação dos sujeitos que as compõem. O sujeito ao não se ver sozinho com seu problema, mas acolhido dentro do seu grupo comunitário, e tendo o apoio necessário ao seu enfrentamento, sente-se fazendo parte dessa rede. E ao mesmo tempo em que é acolhido e apoiado, também proporciona acolhimento e apoio aos seus companheiros de TC. Trata-se de uma prática de cidadania, uma aposta na força da comunidade, na corresponsabilização e na competência dos sujeitos (BRASIL, 2013).

Conclusão

Mediante a experiência vivida nas sessões de TC, notou-se uma valorização das participantes enquanto sujeito, o que resulta no fortalecimento enquanto grupo, uma vez que todos são vistos como membro importante e são solicitados a ajudar. Desta forma a coparticipação e a construção de redes de solidariedade se tornam pontos positivos na TC.

A TC é considerada como uma relevante ferramenta de promoção à saúde, que oferece um espaço comunitário, onde se pode compartilhar experiências de vida e sabedorias. Percebe-se que ao ouvir a história do outro, o participante busca soluções e superações para seus problemas, o que resulta em um processo uma ação terapêutica.

Referências

BARRETO, A. **Terapia Comunitária passo a passo**. Fortaleza: Gráfica LCR; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica - Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

HORTA, A. L. M.; CALDEIRA, N. H. Terapia comunitária: cuidado com a família na perspectiva do graduando de enfermagem. **Acta paul. Enferm**, v. 24, n. 2, p. 165-171, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000200002>. Acesso em: 02 ago. 2014.

Agradecimentos

À equipe que se dispôs a dialogar e expor superações para a realização do trabalho, bem como às pessoas que contribuíram para que este trabalho se tornasse realidade.

Meu sincero agradecimento à professora, Dra. Marilyn, pela presença e ensinamentos para o meu crescimento acadêmico.

TERAPIA MANUAL NA RESTAURAÇÃO DA AMPLITUDE ARTICULAR DO OMBRO EM MULHER MASTECTOMIZADA: ESTUDO DE CASO

Alini Daiany de Sousa Ferreira (Apresentadora) – Centro Universitário Estácio do Ceará. Email: alinisousa@outlook.com

Juliana Furtado Martins (Autora) - Centro Universitário Estácio do Ceará

Jeanne Batista Josino – Universidade Estadual do Ceará

Cristiano Teles de Sousa – Centro Universitário Estácio do Ceará

Teresa Maria da Silva Câmara – Centro Universitário Estácio do Ceará

Vasco Pinheiro Diógenes Bastos (Orientador) – Centro Universitário Estácio do Ceará. E-mail: vascodiogenes@yahoo.com.br

Palavras-chave: Mastectomia. Modalidades de Fisioterapia. Fisioterapia.

Resumo

Este trabalho teve como objetivo verificar a efetividade da terapia manual na restauração da amplitude articular do ombro homolateral à mastectomia. Foi realizado um estudo de caso, de caráter descritivo, intervencional, exploratório, longitudinal com estratégia de análise quantitativa dos resultados, com uma paciente proveniente da Clínica Escola de Fisioterapia do Centro Universitário Estácio do Ceará (FISIOFIC), acometida por carcinoma mamário, pós-operada, com 74 anos de idade, que apresentava limitação na amplitude articular do ombro homolateral à cirurgia e não apresentava linfedema. Inicialmente, através de uma ficha de avaliação, conhecemos a história desta paciente, além de particularidades quanto à amamentação, ao tipo de tratamento que foi realizado, às complicações devido ao tratamento e aos graus de amplitude através da goniometria. Para a coleta dos dados foi realizada uma avaliação inicial e após 10 atendimentos utilizando a terapia manual, foi feita uma reavaliação, onde foi detectada a melhora na ADM através da goniometria. Foi detectada uma evolução nos movimentos articulares do ombro, diminuindo a diferença entre os valores obtidos na primeira e segunda amostra com os valores de normalidade da amplitude de movimento, concluindo que a terapia manual pode ser um novo recurso na prevenção e tratamento de complicações funcionais em mulheres mastectomizadas.

Introdução

O câncer, atualmente, é uma das principais causas de óbito no mundo, acometendo igualmente ambos os sexos, sendo que no feminino os carcinomas de maior incidência são: pulmonar, mamário, cólon e reto. Em relação ao sexo feminino, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) menciona que dentro do contexto mundial, o câncer de mama é o segundo mais comum e é o primeiro nesse sexo, com cerca de um milhão de casos novos (INCA, 2010).

Esse Instituto aponta que a Holanda é o país com a maior incidência, com uma taxa ajustada por idade de 90,2/100.000 habitantes. Nos Estados Unidos, a taxa é de 86,9/100.000. Sendo o percentual elevado igualmente na Europa, Austrália, Nova Zelândia e na América do Sul, especialmente no Uruguai e na Argentina (BRASIL, 2003).

O câncer de mama é uma patologia complexa e heterogênea, com formas de evolução lenta ou rapidamente progressivas, dependendo do tempo de duplicação celular e outras características biológicas de progressão. As lesões neoplásicas da mama podem se originar em qualquer uma das estruturas que a compõe: epitélio glandular, mesênquima e epiderme (CAMARGO, 2000).

Pereira, Vieira e Alcântara (2005), destacam que o carcinoma ductal vem a ser um tumor mamário mais comum e que ainda pode tornar-se invasivo em cerca de 70% dos casos, dando origem a metástases ganglionares em 1% a 13% dos casos.

Após a confirmação do diagnóstico a mulher sofre diversas alterações, pois é submetida a condutas terapêuticas que geram repercussões bio-psico-sociais conduzindo-a a mudanças bruscas de comportamento, além dos desconfortos e debilidades físicas (NOGUEIRA, 2005).

Esses procedimentos terapêuticos envolvem a cirurgia, terapia auxiliar e fisioterapia. Compreendendo a cirurgia temos: a tumorectomia, quadrantectomia e mastectomia, sendo essa última a mais traumática. No tratamento farmacológico existem terapias como a radioterapia e a quimioterapia (NOGUEIRA, 2005).

Segundo Baracho (2002), as complicações que podem ocorrer devido ao tratamento das pacientes mastectomizadas são: lesão nervosa, necrose cutânea, seroma, infecção, disfunção do ombro, linfedema, encarceramento nervoso, deiscências cicatriciais e aderência cicatricial.

Há algumas décadas tem crescido o interesse em se adotarem estratégias de reabilitação em pacientes com carcinoma mamário, para que estas se recuperem física e mentalmente. Conforme pesquisas, uma das maiores queixas do paciente no pós-operatório é a sequela relacionada com o aspecto físico (BARACHO, 2002).

No que se refere ao procedimento fisioterápico, em seu âmbito pré e pós-operatório, apresenta o intuito de prevenir complicações, recuperação funcional, realizar a reeducação da cintura escapular e do membro superior ipsilateral à cirurgia, cuidados com as cicatrizes e prevenção de complicações linfáticas, entre outros propósitos, objetivando uma melhor qualidade de vida (FERREIRA, 2005).

A cintura escapular constitui o complexo articular do ombro que é formado pelas articulações: escápulo-umeral, subdeltóide, escápulo-torácica, acrômio-clavicular e esternocostoclavicular (KAPANDJI, 2002).

Para a restauração das alterações ocasionadas pela mastectomia, a fisioterapia dispõe de recursos como: massagem de drenagem linfática, bandagem compressiva, pressoterapia, mecanoterapia e cinesioterapia (GUIRRO, 2002).

A terapia manual é um novo recurso a completar o tratamento dessas pacientes, já que apresenta como alguns de seus objetivos o alívio da dor, a diminuição do edema e o ganho de mobilidade (ARCANJO, 2009).

Esse estudo surgiu na necessidade de avaliar os benefícios da terapia manual na restauração da amplitude articular, acreditando que desta forma possamos estar contribuindo não só para melhora da qualidade de vida dessa paciente, e de outras que possam utilizar essa terapia, bem como para o profissional fisioterapeuta especialista na área, com a oferta de mais uma técnica fisioterápica no tratamento dessas mulheres

Metodologia

Este trabalho corresponde a um estudo de caso de caráter descritivo, intervencional, exploratório, duplo cego, longitudinal e com estratégia de análise quantitativa dos resultados.

Foi realizado na Clínica Escola de Fisioterapia do Centro Universitário Estácio do Ceará (FISIOFIC), após ter sido aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade Estácio do Ceará (Protocolo nº: 32/06) e manifestação da paciente em participar da pesquisa mediante a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A paciente E.S.O, tratada no estudo tinha 74 anos de idade, viúva, mãe de três filhos, acometida por carcinoma mamário no lado direito, pós-operada (fevereiro de 2006) de mastectomia modificada do tipo Madden com esvaziamento axilar, no qual foi retirado um carcinoma ductal infiltrativo, grau II de Bloom-Richardson (graduação histológica para determinar o estadiamento do câncer), depois da cirurgia fez mais três aplicações de quimioterapia e vinte e oito aplicações de radioterapia, sendo a última realizada em agosto de 2006.

Este trabalho seguiu os aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos de acordo com as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (CNS/MS) (BRASIL,1996), assim como da resolução do COFFITO 10/78, (COFFITO, 1978), tendo o sujeito do estudo a garantia da confidencialidade, do anonimato, da não utilização das informações em prejuízo do indivíduo e do emprego das informações somente para os fins previstos dessa pesquisa.

Resultados e Discussão

Durante a avaliação fisioterapêutica a paciente relatou que não apresenta dificuldades em realizar suas atividades da vida diária, porém, com certa limitação na realização dos movimentos do ombro ipsilateral à cirurgia. Quanto à postura, a paciente apresentava: hipercifose cervical, hiperlordose lombar, escoliose à esquerda, cintura escapular saliente a direita, ombros direito e esquerdo anteriorizados e ombro esquerdo mais elevado com relação ao direito e rotação da cabeça para a direita.

Realizamos a cirtometria nos membros superiores, sendo detectada ausência de diferença relevante entre os dois membros, confirmando que a mesma não apresenta linfedema, essa ausência de diferença foi também evidenciada após os 10 atendimentos.

À amplitude articular do ombro, examinada através de medidas goniométricas, a partir de movimentação ativa, apresentou um aumento percentual em todas as amplitudes avaliadas após os dez atendimentos de terapia manual, sendo que o movimento de rotação interna foi o que mais ganhou amplitude articular com a diferença de 50 graus, ou seja, 66%, e o de rotação externa o menor ganho com um percentual de 16%, correspondendo a um ganho de 10°. Porém a adução foi o movimento que conseguiu recuperação na sua amplitude articular para a faixa de normalidade (QUADRO 1).

MOVIMENTOS DO OMBRO	ANTES	DEPOIS	DIFERENÇA	DIFERENÇA (%)	VALORES NORMAIS

Flexão	95°	125°	30°	31%	180°
Extensão	20°	40°	20°	20%	45°
Abdução	90°	110°	20°	22%	180°
Adução	20°	40°	20°	20%	40°
Rotação externa	60°	70°	10°	16%	90°
Rotação interna	30°	80°	50°	66%	90°

Quadro 1 - Distribuição dos dados goniométricos antes e após o tratamento. Valores normais baseado em Marques (2003).

Além da dificuldade de desempenhar movimentos de ombro, outro fator que a incomodava era a aderência da cicatriz, que pode ocorrer devido à fibrose cicatricial cirúrgica, que normalmente geram progressivamente aderências entre os planos teciduais limitando o movimento normal entre eles.

Muitas pacientes sofrem com queixas graves no ombro após a cirurgia de câncer de mama e esvaziamento axilar. A fisioterapia tem se destacado na melhora do prognóstico desses pacientes, entretanto, ainda não existem evidências científicas sobre o período de início da terapia e nem tão pouco sobre a utilização de tratamentos por um período prolongado. Estudos maiores, com pelo menos 1 ano de follow-up com medidas da função do ombro, dor, edema e qualidade de vida são necessários (BEURSKENS,2007).

A fisioterapia desempenha um importante papel na vida das mulheres mastectomizadas, pois além de significar um conjunto de possibilidades terapêuticas físicas passíveis de intervir desde a mais precoce recuperação funcional, até a profilaxia das seqüelas (LACOMBA, 2010), podendo diminuir o tempo de recuperação, com retorno mais rápido às atividades cotidianas e ocupacionais, colaborando com sua reintegração à sociedade, sem limitações funcionais (JAMMAL, 2008; PANCIONI, 2009; LAURIDSEN, 2000).

Conclusão

O carcinoma mamário faz com que as mulheres acometidas sofram alterações funcionais, principalmente devido aos tratamentos que são realizados, pois os mesmos são traumáticos. A fisioterapia vem como uma alternativa de prevenir e tratar essas alterações, sendo a terapia manual um recurso nas disfunções do ombro ipsilateral à cirurgia.

A partir deste trabalho, que corresponde um estudo de caso, podemos observar quantitativamente a evolução da paciente após dez atendimentos realizados com terapia manual, através de medidas goniométricas da amplitude articular dos movimentos do ombro.

Assim, concluímos que conforme o quadro de evolução considerável apresentada nas medidas goniométricas dos movimentos do ombro homolateral a mastectomia, a terapia manual comprova sua efetividade no tratamento, podendo ser um recurso a mais para completar a reabilitação funcional do ombro destas mulheres.

Referência

ARCANJO, G. N.; CASTRO, M.; VARELA, D. **Curso de técnicas de mobilização articular e muscular.Fortaleza**. Mefi Clinic [Apostila]. 2009.

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

BEURSKENS, CH.et al. The efficacy of physiotherapy upon shoulder function following axillary dissection in breast cancer, a randomizedcontrolledstudy. **BMC Câncer**, 2007.p. 7-166.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA, **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer**. Rio de Janeiro: INCA; 2003.

BRASIL. Resolução CNS n.º 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, n 201, p. 21-82, n. 201, 16 out.1996.

CAMARGO, MC; Marx, AG. **Reabilitação física no câncer de mama**.São Paulo: Roca; 2000.

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO. Resolução COFFITO-10, de 3 de julho de 1978. Aprova o código de ética profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Brasília: **Diário Oficial da União**, 1978. p. 5265-5268.

FERREIRA, P. C. A. et al. Educação e assistência fisioterapêutica às pacientes pós-cirurgia do câncer de mama. In: Anais do 8º Encontro de Extensão da UFMG, 2005.

GUIRRO,EG. R. **Fisioterapia dermatofuncional: fundamentos, recursos e patologias**. 3ª ed. São Paulo: Manole, 2002.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Câncer de Mama; 2010**. Disponível em URL: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>.

JAMMAL, MP; MACHADO, ARM,; RODRIGUES, LR. Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas porcâncer de mama. **O Mundo da Saúde São Paulo**, v. 32, n. 4, p. 506-10, 2008.

KAPANDJI, AI. **Fisiologia articular: membro superior**. 5ª ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2000.

LACOMBA, TM. et al. Effectiveness of earlyphysiotherapy to prevent lymphoedema after surgery for breast cancer: randomised, single blinded, clinical trial.**BMJ**, v. 340, p. b5396, 2010.

LAURIDSEN MC, Tørsleff KR, Husted H, Erichsen C.**Physiotherapy treatment of late symptoms following surgicaltreatment of breast cancer**. The Breast, 2000.p. 945-51.

MARQUES, AP. **Manual de Goniometria**. 2ª ed. São Paulo: Manole, 2003.

NOGUEIRA, PVG; GUIRRO, ECO.; PALAURO, VA. Efeitos da facilitação neuromuscular proprioceptiva na performance funcional de mulheres mastectomizadas. **Fisioterapia Brasil**, v. 6, n. 1, p. 28-35, 2005.

PANCIONI, G.C. et al. Efeito da terapia manual em pacientes mastectomizadascom dor nos músculos da cintura escapular e cervical. **Anais** do XXI Congresso de Iniciação Científica, Campus de Presidente Prudente - Faculdade de Ciências, UNESP, 2009.

PEREIRA, C. M. A; VIEIRA, E. O. R. Y.; ALCÂNTARA, P. S. M. Avaliação de protocolo de fisioterapia aplicado a pacientes mastectomizadas a Madden. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 2, p.143-148, 2005.

TERAPIA MUSICAL EM POPULAÇÃO IDOSA DO SERTÃO CENTRAL DO CEARÁ

FERNANDES, Níobe Guimarães¹; CERDEIRA, Denilson de Queiroz²; VARELA, Danielle Santiago da Silva³; NUNES, Thaís Teles Veras⁴; ARANHA,Valéria Lorena de Oliveira Monteiro⁵; BESSA, Francilena Ribeiro

TERRITORIALIZAÇÃO FRENTE À PROMOÇÃO DE INTERVENÇÃO DOS ADULTOS E IDOSOS HIPERTENSOS NO JUNCO, SOBRAL-CE.

Autor 1 – Vitória Ferreira do Amaral. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Vyctoriaamaral@gmail.com.

Autor 2 – Florência Gamileira Nascimento. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Florenciagamileira@hotmail.com

Autor 3 – Hionara Maria Vasconcelos. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Hionara.enferr.207@gmail.com.

Autor 4 – Camila Paiva Martins. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Camilagtec@hotmail.com

Autor 5 – Maria Girlane Sousa Albuquerque. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Girlane.albuquerque@yahoo.com.br

Autor 6 – Jamilly Coelho Teixeira Braga. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Jamillyct@hotmail.com

Palavras-chave: Território. Intervenção. Atenção Básica a Saúde. Hipertensão.

Resumo

O processo de territorialização se insere no atual modelo de atenção primária a saúde, como um instrumento necessário e eficaz para fazer um levantamento do perfil sócio espacial da área de abrangência de políticas públicas voltadas à promoção da saúde, na qual mediante as necessidades encontradas pelo processo de busca ativa, permite elaboração de intervenções que visam amenizar os agravos e danos à saúde. Tendo posse desse conhecimento, foi desenvolvido um trabalho de mapeamento do processo territorialização do Centro de Saúde da Família (CSF) Dr. Estevam Ferreira da Ponte, situado na Av. John Sanford, nº 1320, no bairro do Junco, no município de Sobral-CE, por uma equipe integrada por sete acadêmicos de enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú.

O trabalho, desenvolvido com base nos dados tabelados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de maio de 2014 pela equipe no indicador “Hipertensos Acompanhados”, levou ao desenvolvimento de uma prática educativa, por meio da distribuição de panfletos com o tema “Vamos acabar com esse inimigo, para que possamos viver melhor” e informação nos domicílios sobre os danos e riscos que a hipertensão traz à saúde, afinal o número de hipertensos no território do Junco representa 6,03% de sua população total, um dado alarmante visto que a capital do estado do Ceará, de acordo com o SIAB julho de 2014, ocupa o quarto lugar com o número de 96.141 hipertensos cadastrados e 70.141 acompanhados. O número releva a prática de maus hábitos alimentares e a ausência de exercícios físicos.

Introdução

Territorialização compreende o mapeamento de toda a dinâmica dos processos sociais, de ação do homem, num determinado espaço, sendo este usado como uma ferramenta para a formulação de políticas públicas, de caráter institucional ou não, assim a dimensão deste processo envolve desde o território, até processo de territorialidade, ou seja, de apropriação do espaço. “(...) O território pode ser compreendido como produto da materialidade técnica das sociedades; um campo de forças políticas no qual as ações humanas constroem as marcas e projetam suas dimensões sócio espaciais através das múltiplas territorialidades. (SANTOS, 1996).”

E territorialidade como Saquet (2007:83) vem definir “(...) corresponde à ação de influência como de suas atividades e relações que podem ocorrer em diferentes níveis escalares”. Assim pode-se afirmar que o processo de territorialidade é particular de cada individuo e está diretamente integrado na forma de organização dos grupos sociais. Dessa maneira, Saquet vem reforçar (...) “a territorialidade é uma expressão primária do poder social”.

Tendo definido a dimensão que compete o processo de territorialização é possível ver o poder dessa ferramenta na promoção de políticas públicas, ou seja, de intervenções, mediante o levantamento do perfil sócio espacial, político e econômico da comunidade, é com base nestes pontos trabalhados que a apropriação desta ferramenta pela a Equipe Saúde da Família (ESF), torna-se uma estratégia eficaz para a promoção da saúde, diminuindo assim agravos e danos epidemiológicos.

No município de Sobral-CE, o Centro de Saúde da Família (CSF) Dr. Estevam Ferreira da Ponte, situado na Av. Jonhn Sanford, nº 1320, no território do Junco, foi realizado um trabalho de mapeamento do processo de territorialização por uma equipe composta por sete acadêmicas de enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), na qual tem como objetivo fazer o levantamento do perfil territorial-ambiental, institucional do CFS e principalmente do perfil-epidemiológico, analisando seus agravos e vetores de riscos.

O perfil epidemiológico na Atenção Primária a Saúde (APS), caracteriza se pelo o levantamento da Atenção a Saúde da Criança e Adolescente, que compreendem dados como; o número de crianças nascidas vivas, número de crianças nascidas com baixo peso (<2.500g), o número de aleitamento materno exclusivo (0 a 4 meses), o número de crianças de 0 a 2 anos, o número de crianças de 0 a

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

2 anos desnutridas, o número de crianças de 0 a 5 anos, o número de infecção respiratória aguda (< 5 anos), o número de crianças com diarreia (<5 anos), o número de adolescentes em atividade de promoção à saúde e número de puericultura. Na Atenção a Saúde da Mulher é registrada; o número de gestantes acompanhadas, o número de gestantes adolescentes, o número de gestantes de risco, o número de mulheres em planejamento familiar, como também, o número executado de prevenção do câncer do colo de útero. A Atenção a Saúde do Adulto ao Idoso é notificados os indicadores como; o número de hipertensos acompanhados, o número de diabéticos acompanhados, o número de idosos em atividade de promoção a saúde e o número de pacientes acamados.

Na Atenção Odontológica, é tabelado; o número de primeiras consultas, o número de procedimentos coletivo, o número de pré-natal odontológico, e o número de prevenção de câncer bucal. Além destes dados, o perfil epidemiológico implica também nos índices de mortalidade até os agravos a saúde, que envolve; tuberculose, hanseníase, HIV/DST, dengue (casos notificados), dengue (infestação predial), meningite, calazar, sífilis gestante, sífilis congênita, e notificações de violências.

Assim, para melhor compreensão de como funciona os princípios de funcionalidade da Estratégia Saúde da Família, é necessário uma definição coesa de Atenção Primária. (BRASIL, 2009, p. 16) A Atenção Primária à Saúde, também conhecida no Brasil como Atenção Básica (AB), da qual a Estratégia Saúde da Família é a expressão que ganha corpo no Brasil, é caracterizada pelo desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

A pesquisa com base nos dados tabelados do instrumento de territorialização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de maio de 2014, pela equipe de acadêmicas de enfermagem da UVA, levou a determinar na “Atenção a Saúde dos Adultos e Idosos”, no indicador do número de “Hipertensos Acompanhados” do território do Junco que, dos 23.488 habitantes da população total, 6,03% são hipertensos acompanhados, o que equivale a 1.415 pessoas do território do Junco. Número bastante significativo, levando em conta os riscos que englobam o paciente hipertenso, que possui a maior à probabilidade de desenvolver Infarto e Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Com a consciência dos riscos expostos, formulamos uma intervenção, visando amenizar o número de hipertensos nesse território e os seus agravos aos hipertensos acompanhados, ou seja, desenvolvemos um dos instrumentos da Atenção Primária da Saúde, a promoção à saúde. Promoção da Saúde definida pela a ["Declaração de Alma-Ata"](#) (1978), como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente.”.

A intervenção formulada foi uma ação educativa, com a distribuição de panfletos, informando sobre os riscos que a hipertensão traz. Essa ação foi realizada nos domicílios da comunidade, em específico aos pacientes hipertensos adscritos no CSF- Dr. Estevam Ferreira da Ponte. O panfleto levava como tema “Vamos acabar com esse inimigo, para que possamos viver melhor”, enfocando nos agravos da hipertensão e da necessidade de se realizar um processo de reeducação alimentar, com a diminuição da ingestão de sal e a adoção de práticas de atividades físicas. A intervenção compreendeu o uso de tecnologias leves, ou seja, permitiu o contato direto, sem intermédios, da equipe de mapeamento de territorialização com a comunidade, uma ferramenta que apresentou bastante êxito, ao ser simples e objetivo na promoção da saúde, possibilitando assim melhoria na qualidade de vida.

Metodologia

A intervenção foi realizada no período do mês de junho á julho do ano de 2014, no Centro de Saúde da Família Dr. Estevam Ferreira da Ponte, no bairro do Junco. Os dados foram calculados pelas acadêmicas de enfermagem em horários diferentes, fora da Unidade de Saúde, na UVA, sendo utilizadas técnicas de tabulação para obtenção dos resultados, com fórmulas matemáticas simples. A equipe teve acesso aos dados do SIAB onde houve a necessidade de condensar os dados oferecidos, pois os mesmos estavam disponibilizados por micro área correspondendo a quatro.

Por meio da condensação dos dados do perfil-epidemiológico, foi possível adquirir o objetivo principal para a realização da intervenção, pois a partir dos números precisos, tomamos dimensão da necessidade de se articular uma atividade de promoção à saúde, no indicador de Hipertensos Adultos e Idosos, ou seja, vimos à necessidade de aproximar o usuário aos serviços oferecidos pela a equipe de saúde.

Após análise dos dados obtidos, a equipe foi a campo para fazer a intervenção que, depois de decidida em grupo, foi realizada no território em estudo. A mesma foi realizada no dia 22 de julho de 2014 no referido bairro, onde foi feita a educação em saúde abordando assuntos como hipertensão e alimentação saudável. O público alvo foram adultos e idosos acometidos por hipertensão e os demais membros da comunidade, onde os mesmos foram abordados na rua ou em suas devidas residências.

Utilizamos de tecnologias leves no processo de distribuição dos panfletos, que é meio acessível e de fácil compreensão, onde estes possuíam alto grau de ilustrações, pois nem todos os usuários hipertensos tem um grau de escolaridade para o desenvolvimento da leitura. Assim, a utilização dos panfletos foi o principal dispositivo para garantia da atenção das pessoas abordadas, com uma linguagem visual bem explícita, acompanha da explicação pela a equipe de acadêmicas da intervenção.

Para possuir o controle e um maior conhecimento sobre o assunto apresentado, a equipe estudou coletivamente sobre a doença,

suas causas e consequências, sempre enfatizando conhecimentos que a população desconhecia como as principais doenças que levavam a morte e que, por sua vez, tinham como causa iniciante a hipertensão.

As pessoas eram abordadas levando em conta primeiramente sobre o conhecimento que as mesmas possuíam sobre hipertensão. Em seguida, a equipe adentrava com informações relacionadas à alimentação adequada para combater e prevenir a doença, sempre lembrando da associação da mesma com a prática de exercícios físicos e destacando a importância destes fatores para a prevenção não somente da hipertensão como de outras doenças associadas a esses mesmos fatores de riscos.

Resultados e Discussão

Os estudos foram realizados por meio de dados calculados pela própria equipe que realizou a intervenção de promoção em saúde, a partir dos resultados obtidos e que chamaram a atenção dos membros. Os dados foram disponibilizados pelo SIAB do mês de janeiro ao mês de maio de 2014, em que os valores de hipertensos foram calculados por micro área, obtendo no Junco I um valor de 522 hipertensos, Junco II 349, Junco III 192 e no Junco IV 352. Perante os números obtidos houve um valor total de 1.415 hipertensos que eram cadastrados e acompanhados pelas equipes da Unidade Básica, não apresentando divergência entre pessoas cadastradas e acompanhadas.

À medida que foram sendo abordadas as pessoas identificadas como público alvo da intervenção, houve a percepção de que, mesmo o assunto não sendo novo para muitos dos abordados, houve certa surpresa por conta dos alimentos apresentados que continham um teor de sódio grande e que também era um fator para desencadear a doença futuramente. Outros estudos, como o realizado com 32 hipertensos em Ribeirão Preto (SP), mostrou que muitos dos pesquisados tinham dúvidas quanto aos fatores de risco da hipertensão, sendo que eles confundiam os fatores de risco com as consequências, em sua maioria doenças, apresentadas pelo fato de ter a hipertensão. Dentre as doenças mais citadas estavam o acidente vascular cerebral (AVC) e o infarto do miocárdio.

Parte das pessoas abordadas já tinha um conhecimento acerca da prevenção e até mesmo do tratamento utilizado para a hipertensão, baseado não somente em medicamentos, mas principalmente em práticas básicas como ter uma alimentação hipossódica e equilibrada e a realização de exercícios físicos. Isto é comprovado quando já na atenção básica os riscos da doença são apresentados ao paciente de forma clara logo na primeira consulta. Abrangendo não somente a doença em questão, mas as doenças causadas por conta da hipertensão e os meios pelos quais é feito a prevenção visando os hábitos saudáveis e melhor eficácia no tratamento.

De acordo com dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS), segundo o SIAB, julho de 2014 no Brasil, cerca de 8.793.459 pessoas tem hipertensão, sendo que destas são acompanhadas 7.165.330. O fato se torna ainda mais agravante quando se percebe que segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) até o ano de 2025 o país pode ter 80% a mais de hipertensos. No Ceará os hipertensos correspondem a 532.890 cadastrados, sendo 465.814 acompanhados, em Sobral há um número de 13.958 cadastrados e 11.990 acompanhados, desse total cerca de 1.415 estão cadastrados no território do bairro Junco, acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do mesmo.

Segundo estudos epidemiológicos feitos no Brasil no ano de 2008 a 2009 realizados em 100 municípios brasileiros, publicada na revista Saúde Pública em 2012, a Região Nordeste é uma das que tem o menor índice de hipertensos (40,7%) e os maiores índices estão distribuídos entre as regiões Centro-Oeste e Sudeste. Hoje, segundo o MS no mês de julho de 2014 houve uma mudança nos índices determinantes desse quadro, onde as regiões com maior frequência de hipertensos ainda continua sendo a região sudeste, com São Paulo assumindo a liderança com o número de 550.979 hipertensos cadastrados e 515.732 acompanhados, o segundo lugar é ocupado pela capital de Recife com 88.301 cadastrados e 112.127 acompanhados, em terceiro lugar está Belo Horizonte com 108.162 cadastrados e 149.489 acompanhados e Fortaleza ocupando o quarto lugar com 96.141 hipertensos cadastrados e 70.141 acompanhados.

Diante destes valores é perceptível mudanças no quadro de distribuição da frequência de hipertensos no Brasil após cinco anos, onde Fortaleza assumindo a quarta posição, não coloca mais o Nordeste em último lugar nesse quesito, mas em uma posição mais elevada com o segundo ou terceiro lugar. Evidencia-se que nestas regiões houve tal mudança pela ausência por parte das pessoas em não aderirem ao tratamento corretamente ou ao aumento do consumo de alimentos que predisponham a hipertensão, ou seja, alimentos ricos em sódio.

Acredita-se que essa mudança no quadro da população Brasileira e principalmente na região onde foi realizada a intervenção, tenha influência sobre os índices encontrados quando foi feito, a territorialização do bairro em estudo, relacionados ao aumento no número de hipertensos no mesmo. As evidências apontam que esse número tende a aumentar cada vez mais pelo fato de muitas vezes não haver a atenção necessária para abranger todos que são afetados pela doença, e isso diz respeito às controvérsias encontradas entre hipertensos cadastrados e acompanhados não somente a nível municipal como a nível nacional.

Esses números aumentam, mas há propostas para que haja diminuição não somente dos números de casos de hipertensão como de outras doenças crônicas. Para obter resultados positivos se instiga a educação em saúde dando início já na atenção básica como meio de abranger todas as pessoas acometidas por tais doenças. Essa mesma perspectiva foi encontrada em pesquisas realizadas por Almeida e colaboradores, 2014 onde os usuários presentes nas pesquisas destacavam aceitação e eficácia da educação em saúde feita através de formação de grupos, onde outros assuntos além dos relacionados à doença eram também comentados e despertavam nos próprios usuários a vontade do autocuidado e passar a ter hábitos que melhorassem suas vidas.

Trazendo os resultados obtidos e comparando-os aos dados de morte por hipertensão segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) que se iguala a 420 mil por ano em consequência de AVC, acredita-se que esses dados apesar de alarmantes levam a um olhar onde a promoção deve ter prioridade na atenção básica e esta, por sua vez é facilitada junto ao processo de territorialização, que aproxima a unidade e equipes de saúde para junto da população que é atingida pela doença. Quando se coloca em primeiro lugar a saúde é promovida a qualidade de vida dos usuários da atenção básica e efetivada a oferta de saúde por parte das equipes.

Conclusão

O processo de territorialização é uma ferramenta que contribui para a equipe de saúde estar mais próximo dos usuários e dos problemas enfrentados pelos mesmos, onde possibilita uma visão ampla do território em que as ações e intervenções podem ter maior credibilidade e ser em suas maiorias efetivadas, abrangendo os principais usuários que estão em situação de risco que correspondem àqueles acometidos por doenças como a hipertensão arterial.

Fica evidente que há uma falha quanto às ações em saúde por não abordarem assuntos como prevenção de doenças crônicas utilizando métodos que podem em primeiro momento ser simples, mas que em um segundo momento representa significância por apresentar resultados que melhoram a qualidade de vida das pessoas e que por sua vez atuam diretamente na eficácia do trabalho em saúde que está sendo ofertado.

Pelo fato da hipertensão apresentar números alarmantes de morte em todo o país e pelas recentes pesquisas que informaram que a mesma terá um salto surpreendente no futuro, a saúde e todas as pessoas que trabalham principalmente na atenção básica, deve abrir seu olhar para começar a impor educação em saúde que promova a eficácia de inverter as evidências já previstas, e isso só terá um valor acentuado de positividade e aceitação por parte das pessoas hipertensas, quando estas se sentirem tocadas e atendidas em suas necessidades principalmente àquelas que dizem respeito à saúde.

É ainda mais importante interligar e utilizar todas as ferramentas essenciais no processo de promoção da saúde visando, a importância da territorialização associada a meios simples e eficazes de chamar atenção da população em risco e ainda dispondo do conhecimento adquirido de outros meios para repassar e obter resultados significantes que combatam as doenças crônicas e tragam o público alvo para usufruir dos serviços de saúde, ao passo que essa procura passe a ser uma iniciativa própria.

São os aspectos sociais do homem que influem diretamente no seu perfil, e entender a importância de um processo de territorialização eficaz, envolvendo todos os âmbitos necessários é importante tanto para a promoção da saúde, quanto para a formação do profissional de saúde, integrar a equipe de saúde a comunidade, junto aos processos que compete o território, faz com que haja uma compreensão facilitada do instrumento de territorialidade adotado por cada pessoa durante a construção dos espaços que compõem os territórios.

Referências

ALMEIDA, E.R; MOUTINHO, C. B; LEITE, M. T. S. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.38, n. 101, p. 328-337, 2014.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

MACHADO, M. C. et al. Concepção dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(5), local, p. 1365-1374, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n5/a30v17n5.pdf>

PESSOA, V. M. et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde coletiva**, Brasília, p. 2256-2260. 29, jun. 2012.

PICCINI, R. X. et al. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. **Rev Saúde Pública**. Local da publicação, p. 546. 2012. Disponível em: www.scielo.br/rsp.

Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH). Disponível em: <http://www.sbh.org.br/geral/noticias.asp?id=69>. Acesso em 28 de agosto de 2014.

SAQUET, M. A. **Abordagens e concepção do território**. São Paulo: Expressão popular, 2007.

SANTOS, M.; BECKER, B. K. Território territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial. 2 ed. Rio de Janeiro. DPeA, 2006. p. 315-331.

Agradecimentos

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Agradecemos primeiramente a Deus, por ter nos dado força e sempre a certeza que todo mundo tem a capacidade de alcançar o seu ideal, que é necessário apenas focar nos objetivos, como também a nossa professora Maria Socorro Carneiro ao ter dado oportunidade para desenvolver este trabalho e nos orientado, como também a equipe que compõe o Centro de Saúde da Família (CSF) –Dr. Estevam Ferreira da Ponte, pelo o acolhimento e recepção graciosa que tiveram com a nossa equipe, colaborando assim para a execução do nosso trabalho, sendo algo extremamente gratificante e importante para a nossa formação profissional, como enfermeiras mais capacitadas e com um olhar mais sensibilizado aos aspectos sociais.

TESTE DE TRIAGEM NEONATAL: CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA UNIDADE NEONATAL

Lucélia Rodrigues Afonso: Enfermeira. Especialista em Enfermagem Neonatal pela Universidade Federal do Ceará. luceliarodrigues@yahoo.com.br

Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro – Universidade Estadual do Ceará

Daniele Rocha de Farias Marques – Universidade Estadual do Ceará

Palavras-chaves: Triagem Neonatal; Enfermagem; Neonatologia.

Resumo

O Teste de Triagem Neonatal (TTN) conta de uma série de exames laboratoriais realizados a partir de uma amostra de sangue colhida em um papel filtro especial, realizada com a finalidade de rastrear, em um grupo específico de indivíduos com idade entre 0 e 30 dias de vida, doenças metabólicas, hematológicas, infecciosas e genéticas. A equipe de enfermagem tem participação importante e intransferível no Programa Nacional de Triagem Neonatal, porque é o profissional enfermeiro (a) quem mais tem contato com a clientela alvo que são a mãe e o recém nato. O estudo teve como objetivo identificar o conhecimento da equipe de enfermagem, acerca do Teste de Triagem Neonatal. Estudo do tipo descritivo-exploratório realizado em uma maternidade pública de grande porte, na unidade de terapia intensiva neonatal. A população foi composta por trinta profissionais de enfermagem que atuam na unidade de terapia intensiva neonatal. De acordo com a análise dos dados, observa-se que os profissionais de enfermagem da UTIN demonstraram pouco conhecimento a respeito da TN. Diante do exposto neste trabalho podemos refletir acerca de alguns fatores fundamentais que precisam ser reavaliados na prática de enfermagem na UTINEO. A partir deste estudo, deseja-se despertar nos profissionais de enfermagem, o interesse por uma melhor propagação da TN. Logo, as ações educativo-preventivas em torno dessa temática poderão contribuir para melhor divulgação das patologias referidas, já que como profissionais de saúde, o foco deve se nortear em torno do desenvolvimento de um sistema em que os provedores de cuidados sejam preparados para pensarem preventivamente.

Introdução

O Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), através da portaria nº 822 GM/MS, estabelecendo o direito de toda criança nascida em território nacional realizar a triagem neonatal (teste do pezinho), com o objetivo primordial de detectar algumas doenças que podem causar sequelas graves ao desenvolvimento. Dentre os principais objetivos do programa destaca-se a ampliação da gama de patologias triadas (Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Anemia Falciforme e outras Hemoglobinopatias e Fibrose Cística). De acordo com o Ministério da Saúde, a coleta deve ser efetuada com, no mínimo, 48 horas de alimentação proteica (amamentação) e não deve ser superior a 30 dias do nascimento, sendo o ideal que seja realizada entre o terceiro e o sétimo dia de vida do bebê. Pode-se, portanto concluir, que nas situações de hospitalização prolongada do neonato, a coleta também deve ser realizada não ultrapassando o período mencionado, haja vista os benefícios da prevenção de danos irreparáveis cujos sinais começam a aparecer geralmente após o primeiro mês de vida, dependendo da patologia relacionada. A equipe de enfermagem tem participação importante e intransferível no Programa Nacional de Triagem Neonatal, porque é o profissional de enfermagem quem mais tem contato com a clientela alvo que são a mãe e o recém nato. que em todo processo da triagem neonatal, a enfermagem é a principal mediadora entre a família e o encaminhamento do bebê ao tratamento precoce. Rastrear um RN significa identificar, dentro de uma população considerada normal, as crianças que estão em risco de desenvolver uma doença metabólica, de tal modo a lhes possibilitar/conferir a investigação acurada (confirmando ou excluindo) para a intervenção preventiva ou terapêutica em tempo hábil. De acordo com o exposto, o trabalho teve como objetivo identificar o conhecimento da equipe de enfermagem, acerca do Teste de Triagem Neonatal, tendo em vista que a coleta deverá ser realizada em tempo não inferior a 48 horas e não deverá ser superior a trinta dias, dificultando a instituição de tratamento em caso de resultado positivo, já que o tempo prolongado de internação nas unidades neonatais poderá interferir em um tempo de coleta adequado.

Metodologia

Para que se alcançasse o objetivo proposto, foi realizado um estudo descritivo-exploratório em uma maternidade de grande porte. A entrevista seguiu um roteiro contendo dados de identificação e questões abertas e fechadas contemplando o conhecimento do profissional de enfermagem sobre o teste de triagem neonatal. Os sujeitos foram abordados pelo pesquisador, informando sobre a pesquisa, e quanto à importância de sua participação, sendo entregue o termo de consentimento livre e esclarecido conforme as exigências da Resolução 146/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi avaliado pelo comitê de Ética em Pesquisa

da Universidade Federal do Ceará - COMEPPE protocolo nº 130/12. Após parecer favorável do CEP e autorização da instituição, a coleta foi efetuada.

Resultados e Discussão

Os profissionais de enfermagem da Unidade Neonatal foram abordados de várias formas sobre o teste de triagem Neonatal e foi evidenciado o pouco conhecimento de enfermeiros e técnicos de enfermagem como mostramos a seguir.

Teste do pezinho e Triagem Neonatal

O termo triagem, que se origina do vocábulo francês *triage*, significa seleção, separação de um grupo, ou mesmo, escolha entre inúmeros elementos e define, em Saúde Pública, a ação primária dos programas de Triagem, ou seja, a detecção – através de testes aplicados numa população – de um grupo de indivíduos com probabilidade elevada de apresentarem determinadas patologias. Observou-se nas falas:

“ O que significa Triagem Neonatal?”; “O que? Triagem neonatal? O que é isso?” ; “Triagem neonatal... É! Eu acho que deve ser para detectar algumas doenças não é?”; “Acho que deve ser alguma triagem que separa os meninos mais graves dos menos graves na neo (...)”.

Quando questionados sobre o que significa Triagem neonatal dos 30 profissionais entrevistados todos responderam de forma parcial ao questionamento. Sendo que foram utilizados por elas termos como: para detectar doenças neurológicas, para detectar alguma doença genética, para detectar doenças, para detectar síndromes, para detectar alguma patologia, para detectar alterações que podem ser corrigidas, é um teste para triar doenças enzimáticas, é um exame, serve para detectar doenças futuras, são prevenções de doenças que podem acometer o recém-nascido, serve para detectar patologias antes que se complique, isso pode ser evidenciado nas seguintes falas: *“ Para que serve o teste de Triagem Neonatal? (teste do pezinho)?”; “Para detectar doenças neurológicas/ fenilcetonúria(...)”;* *“Exame de sangue realizado para detectar algumas doenças genéticas/congênicas(...)”;* *“ É um teste que além da fenilcetonúria também detecta outras doenças que são importantes e que quanto mais precocemente tratadas farão a diferença na vida destas pessoas(...)”;* *“Para detectar doenças congênicas.”*

Desde a década de 1960 a OMS preconiza a importância dos programas populacionais de Triagem Neonatal (TN) – para a prevenção de deficiência mental e agravos à saúde do recém-nascido (RN) (BRASIL, 2004). Leão, (2008) expressa que a TN tem que ser observada como algo mais do que a realização de testes laboratoriais. Os profissionais da área devem entender a TN como um complexo de variáveis que vão desde a finalidade do teste, passando pelas doenças que estão incluídas, questões científicas e éticas até políticas públicas envolvidas. Nominalmente citada pelos enfermeiros foi a fenilcetonúria. Apesar do conteúdo de outras falas apresentarem coerência, se faria pertinente a demonstração de conteúdo mais conciso e claro.

Técnica correta para coleta do teste

Segundo Abreu (2011) a técnica correta de coleta das amostras de sangue para o “Teste do Pezinho” é um procedimento de enfermagem, estando o profissional ciente como e por que irá fazer a coleta, devendo seguir criteriosamente a técnica adequada. Você conhece a técnica para coleta do teste do pezinho?: *“Sim, é uma coleta venosa nos prematuros.”; “Sim, lanceta apropriada, introduzida na região lateral do calcâneo(...)”;* *“Sim, é uma coleta realizada com uma lanceta no calcâneo por que é uma região bastante vascularizada, preenche todos os círculos do papel filtro identificado com o nome da mãe ou do RN, se já for registrado, adequadamente não deixando esborratar e nem faltar sangue, depois enviar para o laboratório não esquecendo de armazenar adequadamente em local seco e arejado(...)”;* *“Sim, colhe-se pequena quantidade de sangue do calcâneo(...)”;* *“Sim, na parte lateral do calcâneo(...)”;* *“Sim, é colhido 3 amostras no calcanhar do RN em um papel filtro e é enviado para análise(...)”.*

Conhecimento acerca das doenças detectadas através do teste preconizadas pelo ministério da saúde

Segundo Santos (2009) o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) implantado no Brasil tem como objetivo, considerando cada fase de execução local, detectar doenças como fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, hemoglobinopatias e fibrose cística.

Você sabe quais as doenças detectadas no Teste do Pezinho que são preconizadas pelo Ministério da Saúde? Em caso de sim, cite-as: *“Malformações e anomalias(...)”;* *“Down e policetonúria(...)”;* *“Hipotireoidismo e fenilcetonúria(...)”;* *“Anemia falciforme e hipotireoidismo(...)”.*

O exame laboratorial realizado com a amostra de sangue coletado do recém-nascido detecta precocemente doenças metabólicas, genéticas e infecciosas, que poderão causar alterações no desenvolvimento neuropsicomotor do bebê. Esse exame é popularmente conhecido como “teste do pezinho”, pois a coleta do sangue é feita a partir de uma pequena punção no calcanhar do bebê (ABREU, 2011).

Conhecimento sobre as implicações que as doenças podem trazer para o recém-nascido

Para Luz, (2006) As doenças identificadas através do teste de triagem neonatal podem levar danos extremamente importantes para o recém-nascido. A fenilcetonúria causa retardo mental, o hipotireoidismo congênito pode causar retardo mental, retardo de desenvolvimento, surdez e outros, a fibrose cística causa pneumopatias, baixo desenvolvimento estrutural, esterilidade, e a anemia falciforme Anemia hemolítica, infecções recorrentes, obstrução de pequenos vasos. Quais são as implicações de cada uma dessas patologias no recém-nascido?: *“Problemas no crescimento e desenvolvimento(...); “Problema a nível de sistema nervoso(...); “Problemas neurológicos, evita retardo(...); “Déficit no desenvolvimento e déficit neurológico(...); “Alterações importantes no sistema nervoso central(...); “Retardo mental.”; “Hipotireoidismo impede crescimento e desenvolvimento mental, fenilcetonúria retardo mental, anemia vários tipos de anemia(...); “Anemia e problema na tireoide”.*

Enfermagem e orientações para os pais sobre a triagem neonatal

Em um estudo realizado com as mães de uma maternidade no interior do Paraná, Abreu, (2011) salienta que o profissional da saúde poderá informar ao público com segurança sobre o teste e suas etapas, bem como as implicações na família que as doenças detectadas podem ocasionar. Destacando-se a participação do profissional de enfermagem, o qual tem fundamental importância no PNTN, tendo em vista sua interação direta com a mãe e o recém-nascido.

Você costuma fazer orientações aos pais sobre a importância da coleta do teste de triagem neonatal (Teste do Pezinho)?: *“Sim, faço orientações aos pais que tiverem condições de fazer na rede particular porque é melhor detecta mais doenças e quem não tem condições oriento ir ao posto de saúde(...); “Sim, falo da importância de prevenir as doenças(...).”*

A enfermeira focaliza o processo de aprendizagem e o processo de ensino, uma vez que a aprendizagem propicia o melhor caminho de individualização da informação a ser disseminada (SILVA, 2002).A legislação brasileira prevê a obrigatoriedade do exame por meio de leis que direta ou indiretamente regulamentam os testes de Triagem Neonatal. No Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990), o inciso III do artigo 10 é bem claro ao preconizar: “Proceder ao exame visando o diagnóstico e terapêuticas de anormalidades no metabolismo do recém-nascido, bem como prestar orientação aos pais”.

Busca ativa de resultados positivos e encaminhamento dos recém- nascidos com resultado positivo

Segundo Silva (2002), a perda de um caso positivo para os profissionais que trabalham no Programa representa não poder fazer o acompanhamento de uma criança que nasceu sem manifestações clínicas, mas portadora de uma doença sem cura, embora com possibilidades de evitar o surgimento do quadro clínico para que possa ter uma expectativa de qualidade de vida como a de qualquer outra criança.

Você sabe como é feito a busca ativa dos resultados positivos na Maternidade?: *“A funcionária que colhe os exames liga para a família e faz o encaminhamento quando dá positivo.”; “Ao ser detectado positivo é chamada novamente a mãe do RN para fazer o teste ampliado no Hemoce por que esse teste não faz aqui na maternidade.”; “Para o Hemoce(...); “Para o ambulatório(...); “O laboratório envia fax entrando em contato com a instituição e a instituição entra em contato com a família para fazer o encaminhamento(...).”*

A busca ativa na maternidade onde realizou-se a pesquisa, é realizada pela técnica de enfermagem que faz a coleta dos testes de triagem neonatal, sendo que a própria funcionária, através de um FAX, recebe o resultado do laboratório para onde são enviados os exames. De posse do endereço e telefone das mães, é feito um contato com a família por meio de telefone solicitando o comparecimento da mãe da criança no hospital onde foi realizado o teste. Após isso é feito o encaminhamento para um Hospital Infantil da rede pública do Ceará, onde, as crianças com resultado positivo para alguma patologia identificada através do teste triagem neonatal são tratadas.

Conclusão

De acordo com os resultados, observa-se que os profissionais de enfermagem da UTIN demonstraram pouco conhecimento a respeito da Triagem Neonatal (TN), isto foi observado em muitos pontos considerados importantes para esta pesquisa. De um modo geral se mostraram hesitantes ao citar o significado de triagem neonatal, quais as patologias identificadas através do teste, período adequado para coleta do teste, bem como quais implicações que as patologias triadas ocasionam ao RN se não tratadas de imediato e ainda o seguimento que a criança deverá ter em caso de resultado positivo.

A transformação da prática de enfermagem é um desafio a ser enfrentado, pois depende ainda, de um cenário que valorize este profissional e proveja recursos necessários para que essa prática seja exercida com qualidade. A experiência profissional é um ponto crucial para uma boa qualidade no atendimento de enfermagem. As Unidades neonatais precisam de profissionais com experiência e bastante qualificados para um cuidado especializado. Nesse sentido, a qualidade da formação e as oportunidades na vida profissional estão relacionadas no desenvolvimento das habilidades que se constróicontinuamente.

Com base nos dados expostos na presente pesquisa pode-se observar que a Triagem Neonatal ainda é um tema pouco assimilado pelos profissionais de enfermagem, não houve por parte dos mesmos uma verdadeira correlação entre triagem neonatal e teste do pezinho. A partir deste estudo, deseja-se despertar nos profissionais de enfermagem, o interesse por uma melhor propagação da TN. Logo, as ações educativo-preventivas em torno dessa temática poderão contribuir para melhor divulgação das patologias referidas, já que como profissionais de saúde, o foco deve se nortear em torno do desenvolvimento de um sistema em que os provedores de cuidados sejam preparados para pensarem preventivamente sempre.

Referências

LÚCIO, I.M.L. **Métodos Educativos Para a Prática do Teste do Reflexo Vermelho no Cuidado ao Recém- Nascido.**/Ingrid Martins Leite Lúcio.- Fortaleza, 2008.Tese(Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Fortaleza-Ce, 2008.

ANDRADE, R.F.V. *et al.* Conhecimento dos Enfermeiros Acerca do Manejo da Gestante com Exame de VDRL Reagente, **DST - J bras Doenças Sex Transm** 2011;23(4):188-193

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do programa nacional de triagem neonatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – 2ª. Ed. ampl. Brasília: 2004.

LEÃO L., AGUIAR M. Newborn screening: what pediatricians should know. **J Pediatr.** 2008

WONG, DL. **Enfermagem pediátrica:** elementos essenciais à intervenção efetiva. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005 .927 p.

TÍTULO: ENTENDENDO A REDE DE PROTEÇÃO E APOIO À CRIANÇA E ADOLESCENTE PARA ALÉM DA SAÚDE

Antonia Lúcio dos Santos Almeida - Fundação Faculdade de medicina/USP – PROPET Saúde USP Capital

Mariana dos Santos – Instituto de Psicologia/USP – PROPET USP Capital

Christiane Moreira de Oliveira Resende – Fundação Faculdade de Medicina

Helena Akemi Wada Watanabe – Faculdade de Saúde Pública/USP – PROPET Saúde USP Capital - Orientadora

Palavras-chave: violência, rede de proteção, criança, adolescente, PET

Resumo

Introdução: A violência é um importante problema de saúde pública pela sua magnitude e impacto social. Em atividade do PROPET Saúde, alunos de diversas áreas da Saúde vivenciam o cotidiano de uma unidade básica de saúde e juntamente com os técnicos do serviço, apontaram a violência contra criança e o adolescente como um dos problemas que necessitam de maior atenção. Considerando que a maioria dos estudantes se encontra no início de seus respectivos cursos, o reconhecimento da rede de proteção social e de cuidados às crianças e jovens vítimas de violência no território de abrangência da UBS é importante. **Objetivo:** Conhecer a Rede Integral de Proteção e Apoio ao Atendimento às Famílias, Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência no território de abrangência de uma UBS da cidade de São Paulo e seu funcionamento. **Metodologia:** relato de experiência. Dados foram obtidos através de participação em atividades cotidianas da ESF: visitas domiciliares, reuniões de equipe, observação de atendimento no consultório do Serviço Social da UBS., reuniões com do Serviço Social, mapeamento dos serviços parceiros, levantamento de informações sobre o seu funcionamento, sistema de encaminhamentos e fluxos de atendimento e de documentação. **Resultados e discussão** A Rede é composta por serviços ligados as áreas de Saúde, educação e assistência social, parceiros e o judiciário. **Conclusão** Para o estudante, o conhecimento da rede de proteção à criança e ao adolescente vítima de violência, possibilitou, por meio do acompanhamento de visitas domiciliares e das reuniões de equipe, um olhar para além da saúde

Introdução

Introdução: A violência assume grande importância para a Saúde Pública, por sua magnitude e impacto social, pela gravidade com que afeta a saúde das pessoas, sua família e comunidade, É um fenômeno mundial que atinge pessoas de ambos os sexos, diversas idades, etnias e classes sociais, Por sua complexidade, requer ações de diferentes redes sociais, das famílias, da comunidade e do poder público, através de ações intersetoriais. Na estratégia Saúde da Família, todos os profissionais da equipe saúde da família participam das ações e atividades, no nível de suas competências, nas áreas prioritárias da Atenção Básica, dentre elas a de atenção às vítimas de violência.

Durante atividades do Programa de Educação pelo Trabalho (PROPET-SAÚDE), desenvolvido em Unidade Básica de Saúde (UBS), da região Oeste da cidade de São Paulo, técnicos e alunos apontaram a violência contra criança e o adolescente como um dos problemas que necessitam de maior atenção.

Dados nacionais demonstram que em 2009, as mortes por causas externas corresponderam a 26,5% das mortes entre pessoas de com idades entre de 0 a 19 anos, e 16,8% dos óbitos por homicídio nessa mesma faixa etária (Brasil, 2010). Em relação às internações, dados de 2006 apontam que 2226 crianças menores de 10 anos foram hospitalizadas por lesões decorrentes de violência (Mascarenhas et alii, 2010)

Violência contra a criança e o adolescente pode ocorrer sob diversas formas, em diferentes grupos econômicos e sociais. “O tipo mais descrito na literatura tem sido a violência intrafamiliar, que se caracteriza por todo tipo de omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica, a liberdade, ou direito de desenvolvimento de algum membro da família” (Mascarenhas et alii, 2010). Existem outros tipos de violência, como a institucional, a negligência e o bullying mas que não serão objeto deste estudo

Considerando que a maioria dos estudantes se encontrava no início de seus respectivos cursos, considerou-se importante que os mesmos reconhecessem a rede de proteção social e de cuidados às crianças e jovens vítimas de violência no território de abrangência da UBS, que inclui 6 equipes da Estratégia Saúde da Família.

Segundo Faleiros e Rapozo (2011) “A construção de redes sociais é uma categoria e uma expressão política da ação do poder público, à medida que pressupõe um pacto de direitos e um pacto estratégico -operacional para sua efetivação e efetividade”.

Objetivo: Conhecer a Rede Integral de Proteção e Apoio ao Atendimento às Famílias, Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência, doravante denominada de “Rede”, no território de abrangência de uma UBS (Unidade Básica de Saúde) da região Oeste da cidade de São Paulo e seu funcionamento.

Metodologia

Método: Os alunos participaram das atividades cotidianas da ESF: visitas domiciliárias, reuniões de equipe, observação de atendimento no consultório do Serviço Social da UBS. Através de reuniões com do Serviço Social, os alunos mapearam os serviços parceiros que compõem a Rede. Foram levantadas informações sobre o seu funcionamento, sistema de encaminhamentos e fluxos de atendimento e de documentação.

Foram também levantados dados numéricos de atendimentos realizados pelo Serviço Social no período de 2010 ao 1º semestre de 2014. As fichas individuais dos pacientes não foram utilizadas, somente dados obtidos no setor de Vigilância Epidemiológica do serviço.

Resultados e Discussão

Através do levantamento realizado, verificou-se a notificação de 473 casos de violência, não sendo possível identificar, os casos relacionados à violência contra a criança e o adolescente especificamente. No setor os casos foram, contabilizados nas seguintes categorias: violência física, doméstica, sexual, contra a pessoa idosa, psicológica e outras, incluídas as suspeitas nesta categoria.

Em 2010, com o início do Programa Saúde da Família na UBS Paulo VI, integrou-se à Rede Social de Proteção e Apoio às famílias atendidas pelos serviços de Saúde, Educação e Assistência Social da região. Uma rede organizada, formando uma práxis multidisciplinar, com instâncias sociais articuladas e disponibilizadas para que os usuários pudessem usufruir dos serviços, com o objetivo social de estabelecer a construção de uma ação conjunta solidária e participativa, na perspectiva de possibilitar a solução dos problemas que surgem na família e na comunidade. Esta rede oferece atendimento às pessoas que sofrem de violência intrafamiliar, em especial as crianças e os adolescentes.

Os serviços de uma rede de proteção estão articulados com as Secretarias de Saúde, Educação, Assistência Social, Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública Conselhos tutelares e outras organizações de defesa de direitos com um fluxo organizado de procedimentos a partir dos sinais de alerta.

A Rede local à qual a UBS está conectada é composta por serviços ligados à Secretaria Municipal do Desenvolvimento Social, através do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS/CREAS) instituições parceiras: Serviço de Atendimento às Famílias e Proteção Social Básica no Domicílio (SASF), o Centro de Referência às Vítimas da Violência do Instituto Sedes Sapientiae (CNRVV) e o Pólo de prevenção à violência doméstica e abuso sexual contra crianças e adolescentes – Liga Solidária. Na área de Educação, a Diretoria Regional de Educação do Butantã é a referência. Na área da saúde, através da Supervisão de Saúde do Butantã, as Unidades Básicas de Saúde do território e o Ambulatório Médico de Assistência (AMA) desenvolvem ações de identificação de casos, notificação, acolhimento e aconselhamento e encaminhamentos. Além disso, a rede é composta pelo Conselho Tutelar da Infância e da Juventude e serviços de abrigo provisório, todos privados sem fins lucrativos e ligados ao Sistema de Assistência Social. Esta Rede faz, quando necessário, encaminhamentos para a Defensoria Pública e Ministério Público do Estado de São Paulo.

O atendimento desta Rede visa fortalecer os vínculos familiares, prevenir o abandono, combater estigmas e preconceitos, assegurar proteção social imediata e atendimento interdisciplinar às famílias. Contribui de forma integrada para a redução da violência contra a criança e o adolescente, principalmente no que se refere à violência doméstica e sexual.

Portanto, o conceito de Rede de Proteção deve ser entendido e trabalhado como uma ação integrada entre instituições, para atender as famílias; crianças e adolescentes em situação de risco pessoal: sob ameaça de violação de direitos por abandono, violência física, psicológica ou sexual, exploração sexual comercial, situação de rua, de trabalho infantil e outras formas de submissão que provocam danos e agravos físicos e emocionais.

O PROPET-Saúde tem como objetivo iniciar os estudantes das graduações em saúde no trabalho e na vivência do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo, para a formação de profissionais que atenderão às necessidades dos usuários do SUS. Os alunos participam e vivenciam o cotidiano da ESF, acompanham a equipe em visita domiciliar, nos atendimentos individuais e coletivos, participam das reuniões de equipes na Unidade Básica de Saúde (UBS), têm contato com o território, local de vida, estudo, trabalho e lazer das pessoas por eles atendidas.

Para o estudante, o conhecimento da rede de proteção à criança e ao adolescente vítima de violência, possibilitou, por meio do acompanhamento de visitas domiciliares e das reuniões de equipe, um olhar para além da saúde. A população residente no território de abrangência da UBS em que os alunos desenvolvem suas atividades apresenta alto nível de vulnerabilidade sócio econômica, a escolaridade dos adultos é baixa, as condições de habitação e saneamento são inadequadas. Além disso, o serviço tem recebido informações de que os chamados “pancadões”, festas noturnas realizadas nas praças ou becos do território têm sido apontados como foco de aliciamento de crianças e adolescentes para pequenos delitos, prostituição e drogadição. As famílias em que crianças e adolescentes foram vítimas de violência têm histórico de desagregação familiar, abandono, consumo de álcool e droga.

O enfoque do trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família é de promoção, prevenção e recuperação da saúde do indivíduo e suas famílias, principalmente às famílias que vivem em situação de violência. A identificação de parceiros e recursos existentes na comunidade possibilitam o desenvolvimento de ações de educação, a mobilização comunitária, vigilância à saúde, com a ênfase na promoção da saúde e nas ações intersetoriais.

Alguns problemas relacionados à rede foram verificados, no que diz respeito ao fluxo particular de cada setor, principalmente no que diz respeito à velocidade de resposta de cada parceiro.

Conclusão

A violência é um problema de saúde pública, que exige a realização de trabalho em rede intersetorial, dentro da Cultura de Paz, na busca do aprimoramento das relações, tanto no grupo de trabalho intersetorial e interdisciplinar, quanto no trabalho de resgate da “Família” da cidadania e da dignidade humana.

Dessa forma, pode-se ver a importância em se tratar de casos de violência em equipes interdisciplinares. Aspectos sociais importantes como o desemprego, a drogadição, a situação miserável de vida de algumas famílias e a falta de estrutura familiar foram percebidos pelos alunos, que avaliaram que o contato com essa realidade logo no início de sua formação os prepara de forma diferenciada dos colegas que não tiveram a oportunidade dessa experiência. Além disso, a importância do trabalho em rede foi percebida como fundamental.

Em relação a Rede, uma melhor comunicação entre os diversos parceiros poderá reduzir possíveis arestas, beneficiando o trabalho. Para a UBS, consideramos que é importante que as notificações de suspeita de violência sejam analisadas segundo tipo de violência, faixa etária, sexo e localização dos casos no território, o que possibilitará a identificação de áreas mais vulneráveis e a discussão de ações conjuntas no mesmo.

Referências

Faleiros VP, Rapozo JMT Efetividade da rede de atenção à saúde e à assistência social à pessoa idosa na expressão de usuários e gestores – o caso de Boa Vista/RR. Textos & contextos (Porto Alegre) 2011, 10(2): 356-70

Mascarenhas MDM, et alii. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2010. 26(2): 347-357.

Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores de dados básicos- - Brasil - 2010. DATASUS Brasília: Ministério da Saúde,. 2010 consultado em 31/08/2014. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2010/matriz.htm>

Agradecimentos

Ao grupo PROPET Saúde USP Capital, através de suas Coordenadoras: Simone Rennó Junqueira e Yara Maria de Carvalho e aos funcionários da UBS Paulo VI

TÍTULO: O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) VISLUMBRANDO A PROMOÇÃO DA SAÚDE.

Autor 1 – Milena Bezerra de Oliveira – Milena_bo@hotmail.com – Universidade Estadual do Ceará.

Autor 2 – Islany Batista Coelho - Escola de Saúde Pública .

Autor 3 – Ana Raquel de Araújo Pereira – Secretária Municipal de Saúde.

Autor 4 – Sara Maria Feitosa Ribeiro – Secretária Municipal de Saúde.

Autor 5 – Shemariah de Melo Viana – Escola de Saúde Pública.

Autor 6 – (Orientador) – Instituição

Palavras-chave:NASF. Promoção da saúde. ESF. Trabalho.

Resumo

Este texto apresenta uma análise sobre o trabalho desempenhado por uma equipe multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O referido estudo é realizado com o intuito de verificar a contribuição desse trabalho para a efetivação da promoção de saúde.

Para isso, considero os princípios e diretrizes citados pelo caderno 27, do Ministério da Saúde, são eles: a integralidade como princípio fundamental, o território, a educação popular em saúde, a interdisciplinaridade, a participação social, a intersetorialidade, a educação permanente em saúde, a humanização e a promoção da saúde.

O referido estudo foi pensado por meio de observações realizadas a partir de uma experiência de estágio curricular obrigatório na cidade de Fortaleza, em alguns Centros de Saúde da Família (CSF) ligados a regional IV.

O interesse nesse estudo surgiu a partir da percepção das dificuldades em efetivar o trabalho do NASF, em estabelecer vínculos e em decorrência disso, de forma geral, em fortalecer a promoção da saúde.

Introdução

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) está situado no nível de Atenção Primária à Saúde (APS), deve ser composto por uma equipe multidisciplinar e tem como função geral apoiar as atividades desenvolvidas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e pelo Programa de Saúde na Escola (PSE).

Segundo a Portaria nº 3124 do Ministério da Saúde, existem alguns tipos de NASF que são especificados pela quantidade de equipe apoiadas e pela quantidade de profissionais, são eles: NASF 1 - deverá estar vinculado a, no mínimo, cinco e, no máximo, nove equipes de ESF; NASF 2 - deverá vincular-se a, no mínimo, três, e a, no máximo, quatro equipes de ESF; NASF 3 - deverá estar vinculado a no mínimo uma e a no máximo duas equipes de ESF.

Em Fortaleza, todos os NASF são do tipo 1, porém todos trabalham sobrecarregados, com número maior de equipes de ESF e, na sua maioria, com número inferior de profissionais mínimos. Além disso, devem estar semanalmente em mais de duas Unidades de Atendimento Primário à Saúde (UAPS). Isso nos faz constatar a precarização do trabalho e do trabalhador.

Um dos princípios do NASF é de atuar em conjunto com a Promoção de Saúde (PS) que, situada no nível de Atenção Primária à Saúde (APS), surge como um processo de autonomia e emancipação para a população. A promoção preconiza o controle social e a elaboração de políticas públicas saudáveis, com a participação da população, que segundo MENDES (2000):

“[...] é caracterizada pela preocupação explícita com saúde e equidade, sendo promovida por várias áreas com uma responsabilidade conjunta pelo impacto em saúde”.

O conceito de PS já passou por muitas transformações, foi sendo modificado durante seu curso histórico, conforme os novos contextos sociais, políticos e culturais, assim como muda também o que consideramos adequado e suficiente para atender as nossas necessidades.

Em 2006, foi elaborada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que define a promoção como uma estratégia para:

“[...] articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre

necessidades, territórios e culturas [...], visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendem radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.” (2006, pag. 12)

Ainda segundo a PNPS, a política de promoção deve:

“[...] contribuir para o aprofundamento das promessas da reforma sanitária brasileira. Promessas que além da construção do SUS apontam para a transformação das práticas sanitárias com a superação da baixa-cobertura em direção a universalização, busca da equidade, a integralidade do cuidado e respeito a cidadania. Promessas também que se comprometem com a democratização da saúde, da sociedade, do Estado e das Instituições.” (2002, p. 10 – 11)

Observando o que nos coloca a PNPS concebemos a promoção como uma estratégia para concretização da concepção de saúde ampliada e dos princípios doutrinários da saúde, postos na Constituição Federal de 1988.

Visualizamos também como princípio fundamental para a promoção da saúde da população a territorialização, na prática uma atividade muito difícil de ser articulada, porém dimensionando a importância de que os profissionais sejam eles do NASF ou da ESF conheçam os territórios, os equipamentos, os condicionantes e determinantes de saúde de uma população específica, além de conhecer os líderes de determinada comunidade.

Se, enquanto população, a forma como vivemos e as condições as quais somos submetidos influenciam diretamente nas nossas condições de saúde, mostra-se essencial que todos os profissionais da ESF e do NASF conheçam, e possam ser reconhecidos, nos equipamentos disponíveis nos territórios e a dinâmica de vida das populações.

Outra categoria importante para execução dos princípios já citados é o estabelecimento de vínculos, esses são necessários para o desenvolvimento das atividades do NASF enquanto grupo, em parceria com a equipe de ESF, com os usuários e com território.

O vínculo garante a efetividade do princípio da longitudinalidade do cuidado, outro aspecto bastante ameaçado devido às formas de contratação de muitos profissionais, através de seleção provisória, com duração de no máximo dois anos. Por conta disso, existe hoje nos serviços de saúde uma rotatividade muito grande de profissionais que é contraditória visualizando que a promoção da saúde é realizada também por meio do princípio da longitudinalidade do cuidado, do acompanhamento dos sujeitos durante suas trajetórias de vida.

Dentre os aspectos que caracterizam o trabalho do NASF em prol da promoção da saúde, temos também a interdisciplinariedade e a intersetorialidade, que aos nossos olhos são complementares, pois a primeira é a integração de vários olhares, saberes e práticas, envolvidas mutuamente em trocas e compartilhamento visando efetividade do trabalho, do cuidado. E a segunda, direciona-se para a articulação com as redes de apoio, com os sujeitos de setores sociais diversos.

Entendendo todas as características supracitadas, podemos observar o quanto são vastas as atribuições do NASF, e começo a trazer indícios das dificuldades para executar o trabalho dessa equipe. Isso também devido as precariedades das condições de trabalho que envolve os vínculos, as condições materiais concretas, os profissionais envolvidos, a sensibilização dos demais, dentre outros aspectos.

Metodologia

O presente trabalho foi fruto de uma observação participante através de uma experiência de estágio da Universidade Estadual do Ceará (UECE), em parceria com o NASF 41. Enquanto estagiária na referida equipe pude observar as relações da equipe, assim como o trabalho desenvolvido em três unidades de saúde, são elas: UAPS Policlínica Nascente, UAPS Luís Albuquerque Mendes (LAM) e UAPS Gutemberg Braun.

Utilizamos a observação participante por acreditar no que GIL afirma sobre o método “[...] participante, ou [...] ativa, consiste na participação real do observador na vida da comunidade, do grupo ou de uma situação determinada. [...] o observante assume [...] o papel de um membro do grupo [...]” (1991, p. 107 – 108)

Além disso, com o intuito de compreender melhor o processo de trabalho, as funções e quais as colaborações da equipe de NASF na promoção de saúde participei de alguns cursos, palestras e oficinas de capacitação. Nesses espaços pude me apropriar dessas informações e fazer um paralelo com o que pude observar na prática cotidiana.

Resultados e Discussão

Dentre os resultados obtidos podemos citar o enfraquecimento dos vínculos dos profissionais entre si, bem como, com o território, com as lideranças e com a população em geral. Visualizamos que o enfraquecimento ou quebra de vínculos podem influenciar na qualidade

da execução do trabalho dos profissionais do NASF, compreendendo que vínculos geram entrosamento, compreensão e confiança.

Diversas atividades que devem ser executadas com auxílio do NASF são afetadas pela fragilidade dos vínculos, tais como: as atividades de salas de espera; as visitas domiciliares que em sua maioria precisam, no mínimo, da presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e do médico de equipe, além da equipe ou do profissional do NASF solicitado e também da disponibilidade de um veículo; os grupos (de gestantes, de idosos, de crianças, dentre outros) precisam também das ações dos ACS mobilizando e chamando, dentro dos territórios, o público alvo para os encontros, bem como a equipe de ESF para conduzi-los; as ações do Programa Saúde na Escola (PSE) que devem ser desempenhadas pela equipe de ESF com apoio do NASF, em parceria com a escola, dentre outras atividades.

Os exemplos supracitados, em sua maioria, teriam maior efetividade juntamente com a execução do princípio da longitudinalidade do cuidado, que na realidade de nossas UAPS, infelizmente, não é efetivado devido às contratações temporárias, a grande rotatividade dos profissionais e a forma que nossas políticas são implementadas, tendo em vista que os profissionais não são sensibilizados pela proposta ou as capacitações referentes ao trato com as políticas não acontecem.

O Ministério da Saúde preconiza que as estratégias conjuntas de promoção da saúde devem ser executadas visando promover a autonomia das pessoas, incentivando o autocuidado de cada sujeito, a construção de espaços coletivos de troca e de luta por mais saúde, e que reconheçam que a forma como vivemos e as condições a que somos submetidos influenciam de forma determinante em nossa saúde. Alguns destes aspectos são compreensíveis somente conhecendo os territórios, os equipamentos disponíveis, a população, suas condições de vida e de saúde, ou seja, transitando na comunidade.

Apresento também como uma dificuldade para a execução do referido trabalho a compreensão das atividades do NASF pelos demais profissionais, bem como a resistência para realizarmos articulações entre ESF e NASF, contribuindo para que as equipes não conheçam o território, explicitando a inexistência de vínculos e o não reconhecimento desses profissionais pela população.

No entanto, é necessário enfatizar que ao expor a referida situação, não culpabilizamos os profissionais da ESF, pois compreendemos as demais dimensões envolvidas, tais como: a sensibilização e a capacitação para o trabalho para compreensão das funções dos demais, da rede de apoio, da intersetorialidade, dentre outros aspectos para os quais esses profissionais não estão prontos para assumir. É de suma importância situar que os entraves vão muito além da vontade de execução das atividades.

Todas as problemáticas citadas a cima, reverberam também na territorialização, que é uma das atribuições mais importantes para o desenvolvimento das demais atividades, tendo em vista que ao conhecer um território temos muitas informações sobre a população que reside nos locais, as relações conflituosas que eventualmente podem acontecer entre populações de bairros vizinhos, os condicionantes e determinantes que implicam na saúde das comunidades, os equipamentos que podemos manter articulações, tornando-os parceiros.

Segundo Sousa; Lima; Sousa; Paresque e Carvalho (2011) é necessário para a ESF e para o NASF pautar 'a integralidade das ações em consonância com uma visão integral do ser humano'. Para isso temos que caminhar para um reordenamento da práxis dos profissionais de saúde.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080) regulamenta por meio do artigo 14 a articulação entre os serviços de saúde e as Instituições de Ensino Superior (IES) e Profissional para a formação e educação continuada dos profissionais da saúde:

"[...] Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior. Parágrafo único. [...] finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do [...] (SUS), [...]."

No entanto, esse ponto da lei orgânica não acontece como deveria, em muitos casos. Capacitações, formações, educação continuada, são substituídas por cursos rápidos, seminários e oficinas, de forma pontual, que não abrangem a necessidade.

Como principal resultado a partir da observação participante que realizamos, podemos citar a quebra da longitudinalidade do cuidado, o enfraquecimento dos vínculos, a quase inexistência da territorialização, a dificuldade em referenciar o profissional de NASF na UAPS, tendo em vista, na maioria das vezes, o número excedente de equipes de ESF e a quantidade de UAPS assistidas por uma equipe de NASF. Além das relações trabalhistas precarizadas, que desvalorizam o profissional.

O NASF está situado em suas diretrizes como equipe de apoio, porém muitas equipes acabam realizando atividades isoladamente, sejam essas: grupos, salas de espera ou atividades voltadas para o PSE. Isso também acontece devido a quantidade de atividades que devem ser desempenhadas pela equipe de ESF, além disso, alguns profissionais podem ser deslocados, ou seja, um trabalhador que foi contratado para estar 40hs semanais numa UAPS pode ser convidado para dividir sua carga horária e trabalhar 20hs em um hospital ou em outra unidade.

Conclusão

Em uma análise geral, infere-se a necessidade de introjetar na ESF e no NASF a sua função primordial de reorientação dos serviços de saúde, para que caminhem em busca de um modelo essencialmente promotor de saúde, com uma proposta de construção e

reconstrução diária de acordo com a influência local das pessoas que estão nos determinados territórios e que fazem desses locais espaços vivos.

É essencial, independente do nível de atenção, passarmos a visualizar o direito à saúde como uma das expressões do direito à vida, e voltarmos nossas ações nesse sentido, seja nos serviços, na gestão, no planejamento ou na comunidade.

Compreendendo todos os aspectos supracitados é inevitável reafirmar a grandiosidade da proposta para a promoção da saúde, principalmente por pautar categorias como o cuidado, a autonomia, a clínica ampliada e humanizada, propondo a reorganização do processo de trabalho, a visualização dos territórios como espaços dinâmicos, vivos e produtores de saber. Concebendo os inúmeros avanços que precisamos alcançar, faz-se necessário a proposição de políticas saudáveis, transversais, integradas e intersetoriais que sejam capazes de dialogar com diversos setores e de construir redes de compromisso e corresponsabilidade.

Referências

BRASIL. **Lei 8080**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 25 de jul de 2014.

GIL, A. C. A Observação. In: _____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 3º Ed. São Paulo: Atlas, 1991. p. 104 – 112.

MENDES, R. Cidades **saudáveis no Brasil e os processos participativos**: os casos de Jundiaí e Maceió. Tese de doutorado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2000.

Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**: Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 26 de jul. de 2014.

Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** (documento para discussão). Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf>. Acesso em: 25 de jul. de 2014.

Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3º ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 25 de jul. de 2014.

Ministério da Saúde. **Portaria nº 3124**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html>. Acesso em: 25 de jul. de 2014.

SOUSA, M. L.T.; LIMA, F. A.; SOUSA, R. M.; PARESQUE, M. A. C.; CARVALHO, W.R.L. Por uma nova promoção da saúde com arranjos participativos emancipatórios na estratégia saúde da família. In: CATRIB, A.M.F.; DIAS, M. S. A.; FROTA, M. A. (orgs). **Promoção da Saúde no Contexto da Estratégia Saúde da Família**. Campinas, São Paulo: Saberes Editora, 2011. p. 111 – 124.

Agradecimento

Agradeço a todas as pessoas que passaram por mim e deixaram um pouco de si, a todos os conhecimentos compartilhados e ao carinho com o qual fui recebida pela equipe do NASF 41, como estagiária de serviço social, foi muito importante ter sido abraçada por todas vocês.

Agradeço fervorosamente as pessoas lindas que enchem meu coração de AMOR. A grande companheirada do VERSUS e ao meu amado laboratório LASSOSS, fiz-me gente, constitui-me pessoa também pelo LASSOSS e pelas pessoas que diariamente constroem esse espaço.

TRABALHANDO NA PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE DO HIV/AIDS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Andreza Moita Morais (apresentador) – Instituto Superior de Teologia Aplicada andrezinhamoita@hotmail.com

Maria Gabriela Miranda Fontenele – Instituto Superior de Teologia Aplicada

Maria Gardenia Garcia Andrade – Instituto Superior de Teologia Aplicada

Francisco Elinaldo Santiago Bastos- Instituto Superior de Teologia Aplicada

Arlley Kleyton da Silva – Faculdade Santo Agostinho

Isana Mara Aragão Frota (Orientador) – Instituto Superior de Teologia Aplicada

Palavras-chave: HIV/AIDS. Promoção da Saúde. Prevenção. Cuidado.

Resumo

De acordo com Xavier e cols.(1997), a AIDS, foi reconhecida em meados de 1980, nos EUA, caracterizada como uma doença crônica, transmissível que ataca o sistema imunológico como sendo causada pelo Vírus do HIV, podendo levar dez anos para se manifestar. SIDA significa “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida” (AIDS é a sigla em inglês) e é uma doença causada pelo vírus HIV, que destrói os mecanismos de defesa do corpo humano, permitindo o aparecimento de várias outras doenças oportunistas (Brito et al 2000). Perez e Gasparini (2005) afirmam que “o aumento da infecção por HIV se dar por conta da vulnerabilidade da população, onde acreditam que todos estão expostos, inclusive os idosos”. Descrever a experiência de uma intervenção da promoção e prevenção da AIDS como forma de promover saúde na rodoviária do município da zona norte cearense, possibilitando o dialogo com os viajantes e os cidadãos sobralense. A ação transmitiu conhecimentos vistos em sala de aula entre os dois cursos, onde foi possível a troca de experiências através de um trabalho interdisciplinar com os passageiros e demais indivíduos que ali estavam presentes. A importância de intervenções sobre prevenção da AIDS na rodoviária é uma forma de ampliar o horizonte de ensino e aprendizagem do acadêmico e vai além da troca de saberes, proporciona também para a comunidade assistida um conhecimento árduo, antes não trabalhado.

Introdução

De acordo com Xavier e cols.(1997), a AIDS, foi reconhecida em meados de 1980, nos EUA, caracterizada como uma doença crônica, transmissível que ataca o sistema imunológico como sendo causada pelo Vírus do HIV, podendo levar dez anos para se manifestar. SIDA significa “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida” (AIDS é a sigla em inglês) e é uma doença causada pelo vírus HIV, que destrói os mecanismos de defesa do corpo humano, permitindo o aparecimento de várias outras doenças oportunistas (Brito et al 2000). Perucchet et al (2011) afirma que: a AIDS é uma doença que representa um dos maiores problemas de saúde da atualidade, em função do seu caráter pandêmico e de sua gravidade.

Dantas et al (2012) contempla que atualmente a AIDS é considerada uma pandemia, pois acomete milhões de pessoas em todo o mundo. De acordo com o relatório do United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS, 2010) estima-se que existam, atualmente, 33,3 milhões de pessoas com HIV em todo mundo e que ocorreram 2,6 milhões de novas infecções em 2009. De acordo com o Boletim Epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde: a prevalência de infecção pelo HIV na população de jovens gay, 1,2% em conscritos do Exército em 2007, apresenta tendência de aumento no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Perez e Gasparini (2005) afirmam que “o aumento da infecção por HIV se dar por conta da vulnerabilidade da população, onde acreditam que todos estão expostos, inclusive os idosos”. Em Sobral (Município da Zona Norte Cearense), a epidemia de AIDS vem aumentando nos últimos anos, enquanto no restante do Estado o cenário é diferente (SANARE 2011).

A promoção da Saúde tem seu principal marco na Carta de Ottawa de 1986, sendo enfoque central em várias Conferências Internacionais, e hoje é parte integrante da agenda política dos países da América Latina (HEIDMAN; et al 2006). Promoção de saúde é, portanto, uma nova maneira de entender o processo saúde-doença, dentro de um campo vasto que visa transformação do meio como um todo Almeida e Andrade 2008. Considera-se a importância da realização de atividades que envolvam a promoção e prevenção do HIV/AIDS pelos profissionais da saúde, no intuito de identificar os principais riscos para o desenvolvimento de tal patologia, como também a implementação de ações que visem à promoção/prevenção dessa doença (Bezerra et al 2013). Assistindo assim a essa população, acadêmicas do Curso de Enfermagem e psicologia promovem uma intervenção contra a AIDS. A perspectiva freiriana relata que ensinar é, buscar, indagar, constatar, intervir, educar e a troca de saberes. Pressupõe-se a presença de indivíduos que, juntos, trocarão experiências de novas informações adquiridas, respeitando também os saberes do senso comum e a capacidade criadora de cada um. E com esta dimensão de trabalho em equipe; ensino e aprendizado com a troca de saberes dentro do método de Paulo Freire foi utilizado o segundo princípio que diz respeito à dialogicidade e ainda segundo Freire, a

educação tem como objetivo promover a ampliação da visão de mundo e isso só acontece quando essa relação é mediatizada pelo diálogo. Araújo e Rocha (2007) relatam que, o trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos.

A promoção da saúde com o cuidado entre profissionais de saúde, população e gestão, mais que nunca, deve ser vista como um elemento fundamental, um eixo articulador das ações, onde todos podem e devem exercer papel transformador, desde que tenham como missão conjugar esforços para um maior envolvimento e comprometimento com a realidade apresentada. Almeida e Andrade 2001.

Metodologia

O presente estudo trata-se de um relato de experiência, contendo abordagem qualitativa, descritiva. No período de 08h00min às 10h00min do dia 10 de abril de 2014, deu-se a realização da intervenção contra a AIDS, na Rodoviária Municipal, com a participação de acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem do Instituto Superior de Teologia Aplicada (Faculdades INTA) Sobral-CE e do curso de psicologia da Faculdade Santo Agostinho de Teresina-PI, com o intuito de promover saúde através de um trabalho interdisciplinar e multiprofissional onde os acadêmicos poderiam estar contribuindo com informações sobre a AIDS e suas formas preventivas, foi possível o diálogo entre os que passavam no local e os acadêmicos de enfermagem e psicologia. Assim obteve-se um ambiente propício aos participantes sendo acolhedor e com estratégia de aprendizagem estimulante, dinâmica e com trocas de saberes. Entre as estratégias estavam abordagem as pessoas esclarecendo dúvidas, convidando as mesmas através de som, além dos materiais anatômicos para realizar demonstrações de como usar preservativos e peça anatômica do vírus. Foi possível a divulgação de formas preventivas e distribuição de preservativos masculinos e femininos; no final da manhã, os acadêmicos participaram de uma entrevista na rádio local, no qual foi abordado para todos os ouvintes a importância do uso de preservativos e o trabalho realizado pelos acadêmicos na rodoviária.

Resultados e Discussão

A ação transmitiu conhecimentos vistos em sala de aula entre os dois cursos, onde foi possível a troca de experiências através de um trabalho interdisciplinar com os passageiros e demais indivíduos que ali estavam presentes. Além das explicações teóricas, foram utilizados materiais anatômicos, o que facilitou o diálogo entre acadêmicos e população, visto que por muitas vezes o assunto se torna perplexo para algumas pessoas o que se tornou o trabalho mais árduo, porém através de abordagem dinâmica foi possível quebrar vínculos, o que proporcionou com que os demais fossem até a tenda em busca de mais informações. Foi perceptível a atenção e a falta de informação das pessoas, entre os que ali passavam foi encontrado vários casais que eles relatavam “tá vendo, tem que usar a camisinha sim” foi demonstrado pelas pessoas o interesse pelo assunto, mesmo sendo polemico nenhuma equipe ainda havia feito a visita ao local, assim as pessoas foram surpreendidas e todos parabenizavam pelo trabalho realizado. Desde as leigas até as mais letradas parava para observar o que estava acontecendo, perguntas surgiam, pois as dúvidas sobre o tema sempre é relevante. O locutor da rádio que estava no local, parabenizou e fez uma entrevista onde nos proporcionou ampliar o movimento no qual demos o título de: Cuide da sua vida; pois a vida é mais forte que a AIDS.

Conclusão

A importância de intervenções sobre prevenção da AIDS na rodoviária é uma forma de ampliar o horizonte de ensino e aprendizagem do acadêmico e vai além da troca de saberes, proporciona também para a comunidade assistida um conhecimento árduo, antes não trabalhado. Assim como uma forma de nos profissionais em formação antecederem o aprendizado do trabalho em equipe, a troca de saberes e os trabalhos interdisciplinares.

Referências

BRITO, A.M et al. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. São Paulo, v.34, n.2, p. 207-217, abr., 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v34n2/a10v34n2>. Acesso em: 10 jun. 2014.

PERUCCHI, J.; RODRIGUES, F.D; JARDIM, L.N and CALAIS, L.B. Psicologia e Políticas Públicas em HIV/AIDS: algumas

reflexões. Psicol. Soc. 2011, vol. 23, n. spe, pp. 72-80. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000400010. Acesso em: 23 jul. 2014

BEZERRA, et al. Atuação dos enfermeiros da saúde da família na promoção e prevenção do hiv/aids: desvelando o processo de trabalho em saúde. Convibra. 2013. Disponível em: http://www.convibra.org/upload/paper/2013/71/2013_71_7463.pdf. Acesso em: 1 ago. 2014.

ALMEIDA, C.F.; ANDRADE, M.; Promoção da saúde na prevenção de HIV/AIDS em pessoas com 60 anos ou mais. Informe-se em promoção da saúde, v.4, n.2. p.22-24, 2008. Disponível em: <http://www.uff.br/promocaodasaude/prevenhiv2.2.2008.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2014.

PEREZ, B.F.A.; GASPARINI, S.M. A vivência do idoso no processo de envelhecer e o hiv/aids: uma reconstrução dupla com suas possibilidades e limites. Jornal Brasileiro de Aids. São Paulo, v.6, n.3, p. 93-140, 2005.

BRASIL, Ministério da saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/aids>. Acesso em: 11 jun 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - Aids. DST. Ano. VII nº 01./ Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epidemiologico_aids_dst_v7_n1.pdf. Acesso em: 22 jul. 2014.

Agradecimentos

A Deus pela a saúde e a força para enfrentar as dificuldades. Aos nossos pais que admiramos a garra, coragem, disposição e a determinação na luta pelos seus ideais. As Faculdades INTA pelo ambiente criativo e amigável que proporciona. A nossa orientadora, pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho. A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a elaboração deste trabalho, muito obrigado.

TRABALHO DE PARTO PRÉ-TERMO: DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA UMA ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE

Elizabeth Amáble Calixto Costa – Faculdade Leão Sampaio calixtcosta@gmail.com

Mara Luana Dias Pereira – Faculdade Leão Sampaio

Ilanna Mara Bezerra Neves – Faculdade Leão Sampaio

Samara Naiana Ferreira das Chagas – Faculdade Leão Sampaio

Luanne Martins Teixeira – Faculdade Leão Sampaio

Ana Maria Machado Borges – Faculdade Leão Sampaio

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica. Trabalho de Parto Prematuro. Gestação.

Resumo

Existem várias complicações no período gestacional, dentre elas, o Trabalho de Parto Pré-termo (TPP). Durante a gestação, é comum, também, as Infecções do Trato Urinário (ITU) sendo esta, a complicação mais frequente na gravidez, devido as mudanças fisiológicas (mecânicas e hormonais) que ocorrem nesse período. A maioria dessas infecções é assintomática, causadas por microrganismos patogênicos, sendo a *Escherichia Coli* a de maior incidência. O trabalho de Parto Pré-termo é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a interrupção da gestação antes de 37 semanas completas, é um dos maiores riscos de saúde humana sendo, a maior causa (além de anomalias congênitas) de morbidade e mortalidade neonatal. Diante dessas considerações a presente pesquisa teve como objetivo traçar os cuidados de enfermagem a partir da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Teve como método de pesquisa, o estudo de caso, com abordagem qualitativa onde, foram analisados prontuários e colhidos informações como: Histórico, Evoluções, Medicações, Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem. A partir dos dados coletados, foram identificados os principais problemas apresentados pelas pacientes, sendo possível traçar os cuidados de enfermagem. Dessa forma conclui-se que os cuidados prestados a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), possibilitam a melhora do quadro apresentado pelas gestantes, assim como pode prevenir maiores complicações.

Introdução

A infecção do trato urinário se caracteriza pela invasão e multiplicação de microorganismos patogênicos no trato urinário. Podendo acometer tanto a porção inferior (cistites e uretites) quanto superiores como os rins e a pelve renal (pielonefrite). É uma das complicações médicas mais frequentes na gravidez, com repercussões importantes tanto na mãe quanto no feto (REZENDE, 2008).

A maioria dessas infecções é assintomática. A bactéria *Escherichia coli* é a de maior incidência e apresenta maior aderência ao epitélio urinário em razão da presença de fímbrias denominadas adesivos ou pêlos (FREITAS et al, 2007).

Santos et al (2004), apontam que a Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1972 define o Trabalho de Parto Pré-Termo como a interrupção da gestação antes de 37 semanas completas, ou seja, menos de 259 dias, contados a partir do primeiro dia do último período menstrual. O TPP é um dos maiores riscos de saúde humana, sendo a maior causa (além das anomalias congênitas) de morbidade e mortalidade neonatal (LEVENO, 2010).

Estima-se que anualmente, no mundo, 13 milhões de criança nasçam de parto pré-termo. São diversos os fatores de risco, sendo os de maior ocorrência as gestações múltiplas, polidrâmnio, anomalia uterina e a ruptura prematura de membranas. O diagnóstico de TPP é eminentemente clínico e, por vezes, incerto (FREITAS et al, 2007).

Há um alto índice de morbimortalidade durante o ciclo gravídico-puerperal. Pois, a gravidez é fator que predispõe ao aparecimento dessa patologia - isso se dá, pelo fato das grandes mudanças fisiológica e anatômicas – podendo causar sérias complicações tanto à gestante, quanto ao futuro concepto (FILHO et al, 2009).

Diante dessas considerações a presente pesquisa teve como objetivo traçar os cuidados de enfermagem a partir da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

Metodologia

Teve como método de pesquisa, o estudo de caso, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em uma instituição de referência ao atendimento em obstetrícia e neonatologia na região do Cariri, durante o mês de abril de 2014.

Foram analisados cinco prontuários de gestantes que entraram em trabalho de parto antes das 37 semanas de gestação, e que tivessem histórico de Infecção do Trato Urinário (ITU). Foram colhidas informações como: Histórico, Evoluções, Medicações, Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem.

Foram respeitados os aspectos éticos e legais, conforme a Resolução nº 466/2012, solicitando autorização à instituição para a coleta de dados e preservando a identidade das pacientes estudadas.

Resultados e Discussão

Histórico

Paciente JMS 32 anos, casada, domestica, residente na cidade de Barbalha, G2 P1 A0 (parto normal há 7 anos com nascimento á termo). Chegou a está instituição apresentando a IG pela DUM: 30s e 1d e pela USG: 9s e 1d. Admitida no dia 20 de novembro às 18:46h, pela médica Weidiany de Oliveira Rodrigues ginecologista obstétrica, BCF: 145bpm, AFU: 21cm, referindo dor em BV, , associada a dor lombar e secreção vaginal leitoso endurecido. Acomodada na enfermaria 101 (cento e um) com 04 (quatro) leitos. Nega sintomas de ITU. Aos SSVV: PA: 120X80mmhg. A médica suspeitou através dos sintomas apresentados pela paciente de um provável trabalho de parto prematuro (CID: 0801 parto espontâneo pélvico) o mesmo em seu prontuário encontrava-se interrogado.

Evolução de Enfermagem-Diurna - 21 de novembro de 2013

Gestante G2 P1 A0. Encontra-se em repouso no leito, consciente, orientada, verbalizando, eupnéica, afebril, normocardica, hipocorada, mamas simétricas, mamilos protusos sem presença de colostro, abdome gravídico, MF (+), AFU: 31cm, BCF: 140bpm, MSD com AVP, diurese (+) e evacuações (-), MMII com edema. Paciente não relata queixas. Aos SSVV: PA: 120x80mmhg, T: 36,1°C, FC: 83bpm, FR: 20irpm. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.

22 de novembro de 2013

Encontrava-se na ata médica que a gestante JMS foi submetida à alta.

Medicações e Exames

Ao ser admitida no HMSVP a gestante JMS foi submetida ao seguinte tratamento médico:

Nifedipino 3comp VO de 20mg de 30/30min.

Nifedipino 1comp VO de 20mg de 6/6hrs.

Buscopan composto 5ml-1 mililitro IV de 8/8hrs (OBS: sem dor).

Soro Fisiológico 0,9%. Sistema fechado.

Cefalexina comp 500mg VO de 6/6hrs.

Metronidazol Gel Vagina BSN c/ 50g via vaginal (noite).

Celestone.

Soluspan 1amp. 1ml IM 24/24hrs.

Proteína com reativa- LATEX.

Cefalotina Sódica FA c/ IG IV 6/6hrs em água destilada, para injeção de 10 ml.

Soro Glicosado 5% sistema fechado 28gm -2 frascos IV 24/24hrs.

Soro Fisiológico sistema fechado 2 frascos de 500ml IV 24/24hrs.

Dieta branda.

Exames Laboratoriais

Grupo Sanguíneo.

VDRL inclusivo quantitativo.

Ultrassom Obstétrica

Cultura de Urina.

Diagnósticos e Intervenções

Infecções do Trato Urinário (ITU)

Dor aguda relacionada com a improvável infecção do trato urinário.

Monitorar balanço hídrico;

Orientar a paciente para reagir imediatamente à urgência urinária, conforme apropriado;

Orientar a ingesta hídrica.

Deficiência de conhecimento relacionado com os fatores que predisõem o paciente a infecção urinária.

Ensinar a paciente os sinais e os sintomas da infecção;

Estimular a paciente a realizar a higienização adequada dos genitais;

Auxiliar a paciente a desenvolver uma rotina de uso do vaso sanitário, conforme apropriado.

Trabalho de Parto Pré-Termo

Ansiedade relacionada à medicação e ao temor sobre o resultado da gestação.

Fornecer as informações exatas sobre o estado do feto e sobre o trabalho de parto;

Incentivar o relacionamento com outras pacientes que também estejam experimentando o trabalho de parto pré-termo;

Permitir que a paciente verbalize seus sentimentos em relação ao trabalho de parto pré-termo.

Deficiência de atividade de lazer ligado ao repouso prolongado no leito.

Fornecer livros e televisão;

Incentivar visitas de familiares;

Incentivar que a paciente verbalize com as demais pacientes.

Conclusão

Os cuidados prestados a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), possibilitam a melhora do quadro apresentado pelas gestantes, assim como pode prevenir maiores complicações. Com o levantamento dos dados das pacientes pesquisadas, foi possível traçar os diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados esperados com a implementação de tais ações.

Referências

BRUNNER, L.S.; SUDDARTH, D.S.: **Tratado de Enfermagem Médico**

Cirúrgica. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, v.3, 2005.

FILHO, E.A.F; BISPO, A.M.B; VASCONCELOS, M.M; MAIA, M.Z; CELESTINO, F. G. Infecção do trato urinário na gravidez: aspectos atuais. **FEMINA**, Março 2009, vol 37, nº 3.

FREITAS, Fernandes, ET AL. **Rotinas em Obstetrícia**. 5ºed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

LEVENO, J. Kenneth, ET AL. **Manual de Obstetrícia de Williams**: Complicações na Gestação. 22º ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA (North American Nursing Diagnoses Association)** Definições e classificação (2001-2002). . Porto Alegre (RS): Artmed, 2006.

NETTINA, Sandra. M. **Prática de Enfermagem**. 6ºed. v.3. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 1999.

REZENDE, Montenegro Filho. **Obstetrícia Fundamental**. 11ºed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2008.

SANTOS, Luiz Carlos, ET AL. **Terapia Intensiva em Obstetrícia**: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco. Rio de Janeiro: MEDSI, 2004.

TRANSTORNOS ALIMENTARES E SUA ASSOCIAÇÃO COM A AUTOIMAGEM CORPORAL: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO

Autor 1 – Maiane Alves de Macêdo – Universidade Federal do Piauí – E-mail: mama_macedo@hotmail.com

Autor 2 – Caroline Rodrigues Cavalcante de Oliveira – Universidade Federal do Piauí – UFPI

Autor 3 – Anael Queirós Silva – Universidade Federal do Piauí – UFPI

Autor 4 – Emanuelli Cordeiro Andrade – Universidade Federal do Piauí – UFPI

Autor 5 – Vanessa dos Santos Rocha – Universidade Federal do Piauí – UFPI

Autor 6 – Vanessa Fernandes Coutinho – Docentes do curso de Especialização em Nutrição Clínica, Metabolismo e Terapia Nutricional da Universidade Gama Filho – UGF

Palavras-chave: *Transtornos da Alimentação. Imagem Corporal. Anorexia Nervosa. Bulimia Nervosa*

Resumo

A necessidade de se adequarem aos parâmetros de beleza e ao estado físico apresentado pela mídia vem gerando inteiras perturbações psíquicas, fisiológicas e nutricionais que consequentemente afetam o estado de saúde desses seres e em alguns casos levando a morte. O estudo objetivou descrever os Transtornos Alimentares e analisar as principais evidências descritas nas publicações em saúde. Trata-se de uma pesquisa de natureza bibliográfica do tipo exploratória, que teve como fonte de pesquisa, o banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde. Selecionou-se uma amostra de 18 artigos entre os períodos de 2002 a 2012, para análise, construção dos resultados e posterior discussão. As informações analisadas permitiram a caracterização das principais evidências em três categorias: 1 - Insatisfação corporal entre adolescentes e a prevalência de risco para Transtornos Alimentares (TAs); 2 – Perfeição corporal em esportistas X Transtornos Alimentares (TAs); 3 – Distorção de imagem corporal em universitários e a ocorrência dos TAs. Observou-se que há uma prevalência muito grande de sinais sugestivos para o desenvolvimento de Transtornos Alimentares entre adolescentes do sexo feminino, bem como, entre esportistas e acadêmicos dos cursos de nutrição e educação física. Conclui-se que os TAs têm se tornado a cada dia um verdadeiro problema de saúde pública, pois é vivenciado por diferentes categorias dentro da sociedade e atingindo desde adolescentes, até mesmo profissionais que estão inteiramente envolvidos com a nutrição e a boa forma corporal do ser humano.

Introdução

No Brasil e no mundo, os padrões que ao longo da história sempre foram impostos e ditados pela sociedade, e até mesmo estabelecidos dentro de um contexto cultural, têm por muitas vezes apresentado efeitos danosos aos indivíduos que se encontram inseridos nesse meio e que se deixam alienar por ele. A necessidade de se adequarem aos parâmetros de beleza e ao estado físico apresentado pela mídia vem gerando inteiras perturbações psíquicas, fisiológicas e nutricionais que consequentemente afetam o estado de saúde desses seres e em alguns casos, quando não diagnosticados e tratados, a morte.

O ser humano avalia seu corpo através da interação com o ambiente, assim sua autoimagem é desenvolvida e reavaliada continuamente durante a vida inteira, mas as necessidades de ordem social ofuscam as necessidades individuais. Somos pressionados em numerosas circunstâncias a concretizar, em nosso corpo, o corpo ideal de nossa cultura¹. A distorção da autoimagem provocada pelas cobranças do nosso meio social tem afetado a cada dia homens e mulheres que tem sofrido com a insatisfação da própria imagem, e que na tentativa implacável pela busca do corpo “perfeito” têm levado esses indivíduos a se submeterem a dietas extremamente rigorosas, exercício físico exagerado, uso de diuréticos, laxantes e entre outros meios para conseguirem a aparência física idealizada².

Os Transtornos Alimentares (TAs) têm se tornado um verdadeiro problema de saúde pública e que requerem intervenções dos profissionais da área da saúde para minimização dos seus efeitos³. E sendo o Nutricionista um dos profissionais responsáveis em tratar do paciente com Transtornos Alimentar (TA) e capacitado para propor modificações do consumo, padrão e comportamento alimentares (aspectos estes que estão profundamente alterados nos TA), deve então aprofundar seus conhecimentos acerca do tema em questão, para que assim, possa prestar uma assistência mais específica e qualificada⁴.

Considerando tais reflexões, esta pesquisa teve como objeto de estudo: Os Transtornos Alimentares na pesquisa em saúde. E seus objetivos são: Descrever através da revisão de literatura os Transtornos Alimentares e Analisar as principais evidências sobre os Transtornos Alimentares descritas nas publicações em saúde.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de natureza bibliográfica do tipo exploratória, que objetiva o pesquisador a investigação e a busca de conhecimentos existentes na literatura com base em material já elaborado, formado principalmente de livros e artigos científicos, ou seja, trabalhos científicos publicados. Essa pesquisa, ainda, trás a vantagem de proporcionar uma vasta e ampla cobertura de uma gama de fenômenos, mais do que um estudo pesquisado de forma direta⁵.Esse tipo de estudo é formado por fontes secundárias, pois os dados que o constituem são levantados de fontes que contém diferentes propósitos e informações, mas que tratam de um determinado e específico problema em estudo, sendo obtidos muitas vezes de maneira mais rápida, podendo ser extraídos de livros, revistas e sites, tendo como objetivo principal adquirir informações relevantes⁶.

A construção de uma pesquisa bibliográfica é feita por etapas que se estruturam desde a escolha do tema a ser estudado, passando pela identificação e localização das fontes na língua portuguesa até a elaboração do problema e organização sistêmica do plano que forma o objeto de estudo. As fontes utilizadas para formulação desse estudo foram encontradas por meio da busca eletrônica no banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando como palavras-chave as expressões: Transtornos da Alimentação. Imagem Corporal. Anorexia Nervosa. Bulimia Nervosa. Para os critérios de inclusão foram escolhidos os artigos procedentes de fontes primárias que abordassem fatores referentes aos Transtornos Alimentares, periódicos na língua portuguesa, publicadas no período entre 2002-2012 e que tratavam desse assunto. Teve como critérios de exclusão, artigos oriundos de outras revisões da literatura, reflexões teóricas, relatos de caso, editorial, artigos em outros idiomas e também, aqueles em que seus objetivos não se aproximavam do tema proposto ou aqueles que estariam fora do recorte temporal pré-estabelecido.

Após ter sido aplicado os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 17 artigos. Posto isso, os dados foram analisados e agrupados em uma tabela, caracterizando e nomeando três categorias para posterior discussão das informações encontradas.

Resultados e Discussão

A pesquisa foi formada por uma amostra de 17 artigos, composta por diferenciados números de periódicos, todos abordando em seu contexto aspectos referentes à associação da autoimagem corporal com os transtornos alimentares. Entre os tipos de pesquisa prevaleceu a pesquisa do tipo transversal e o maior número de publicações ocorreu durante o ano de 2009. Para a realização da análise e discussão dos dados identificados após a leitura dos artigos, levou-se em consideração o autor da pesquisa, o ano de publicação, o periódico, a metodologia e o local de estudo. A partir dessas variáveis foi possível descrever os seguintes resultados, vistos na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização do estudo por autor, periódico, tipos de sujeito, local de estudo e metodologia.

AUTOR	TIPOS SUJEITOS	DE	LOCAL ESTUDO	DO	METODOLOGIA
PENZ; BOSCO; VIEIRA ⁽²⁰⁾	203 Acadêmicas do curso de Nutrição	do de	Centro Universitário UNIVATES – Lajeado/RS.		Estudo do tipo transversal
LAUS; MOREIRA; COSTA ⁽¹⁴⁾	127 alunas dos cursos de Nutrição e Educação Física, Publicidade e Propaganda e	dos de	Universidade de Ribeirão Preto – UMAERP/SP		Estudo do tipo transversal

Administração				
VIEIRA, et al ⁽¹⁷⁾	101 Atletas de judô	Estado do Paraná	Estudo transversal	
VIEIRA, et al ⁽¹⁶⁾	48 atletas da ginastica rítmica	Federação Paranaense de Ginástica Rítmica/PR	Estudo do tipo transversal	
PERINI, et al ⁽¹⁵⁾	27 atletas de nado sincronizado	Rio de Janeiro	Análise Transversal	
BOSI, et al ⁽⁹⁾	193 estudantes do curso de Nutrição	Universidade Federal do Rio de Janeiro	Estudo do tipo transversal	
BOSI, et al ⁽¹⁰⁾	191 alunas universitárias do curso de educação física	Universidade Publica do município do Rio de Janeiro	Estudo de delineamento transversal	
GONÇALVES, et al ⁽²³⁾	149 estudantes de nutrição e 78 estudantes de educação física	Universidade de Taubaté	Estudo transversal	
PETROSKI; PELEGRINI; GLANER ⁽⁸⁾	641 adolescentes de 11 a 17 anos.	Município de Saudades/SC	Estudo transversal	
CORSEUIL, et al ⁽¹²⁾	180 adolescentes do sexo feminino de 10 a 17 anos	Município de Três Maio/RS	Estudo transversal	
OLIVEIRA, et al ⁽¹⁸⁾	12 atletas do sexo feminino	Rio de Janeiro	Estudo transversal	
RIBEIRO; VEIGA ⁽¹⁹⁾	61 bailarinos		Estudo transversal	
BRANCO; HILÁRIO; CINTRA	791 adolescentes	São Paulo	Estudo transversal	

(13) de ambos os sexos com idade entre 14 a 19 anos

SCHERER, et al ⁽²¹⁾ 325 Santa Maria/RS Estudo transversal

Adolescentes do sexo feminino (11 a 14 anos)

578

VITOLO; BARTOLINI; HORTA ⁽²²⁾ Universitárias São Leopoldo/RS Estudo transversal

MARTINS, et al ⁽²⁴⁾ 258 adolescentes do sexo feminino (11 a 13 anos) Santa Maria/RS Estudo transversal, descritivo e de associação

Fonte: Biblioteca Virtual de Saúde

Com o levantamento bibliográfico, podemos identificar três tipos de eixos que se encontram mais vulneráveis aos Transtornos Alimentares (TAs), foram eles: adolescência, esportes e universitários. Identificamos entre os esportistas que atletas, lutadores e dançarinos profissionais se encontram dentro da faixa de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares. Para uma melhor discussão e abordagem do tema, configuramos e caracterizamos os principais achados em três categorias semânticas que expressão os pontos mais relevantes desse estudo, quais sejam:

1 Insatisfação corporal entre adolescentes e a prevalência de risco para Transtornos Alimentares (TAs);

A adolescência é marcada por um contexto de transformações biológicas, físicas, psicológicas e sociais. Acompanhando esse conjunto, pesquisas têm revelado elevada prevalência de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes, sendo mais acentuada no sexo feminino⁷. Isso pode ser confirmado em um estudo realizado no município de Florianópolis, envolvendo uma amostra de 1.148 adolescentes do sexo feminino, na faixa etária de 10 a 19 anos, que frequentavam instituições públicas e privadas de ensino fundamental. A pesquisa apontou que há prevalência de sintomas de anorexia nervosa e de insatisfação com a imagem corporal na amostra geral foram, respectivamente, 15,6% (n =179) e 18,8% (n = 216). A presença de sintomas de anorexia nervosa mostrou-se associada à faixa etária de 10 a 13 anos⁸.

Em consonância com isso, a prevalência de insatisfação com a imagem corporal encontrada em adolescentes do município de Três de Maio - RS foi elevada (85,0%) de uma amostra composta por 180 adolescentes com idade entre 10 a 17 anos. Quando as adolescentes insatisfeitas foram classificadas segundo o desejo de modificar a silhueta corporal, verificou-se que 71,7% delas apresentaram desejo de reduzir o tamanho corporal, enquanto 13,3% desejavam aumentá-lo⁹.

2 Perfeição corporal em esportistas x transtornos alimentares;

Alguns esportes como a ginástica artística, ginástica rítmica, nado sincronizado, patinação artística; e outros esportes que preconizam baixa massa corporal e baixa percentagem de gordura corpórea, como corredoras de fundo, são considerados modalidades de risco para o desenvolvimento desses transtornos do comportamento alimentar, pois são caracterizados pela valorização da leveza dos movimentos, da flexibilidade, pelo equilíbrio e domínio do corpo. Estudos disponíveis na literatura têm apresentado maior prevalência de comportamentos alimentares inadequados em praticantes desses desportos¹⁰.

Em um estudo realizado com atletas da Ginastica Rítmica (GR) com idade entre 10 e 18 anos no estado do Paraná, revelou que atletas da GR e nas estudantes não atletas, a distorção da imagem corporal não estava associada à presença de transtorno na conduta alimentar; mas em todas (100%) as adolescentes avaliadas com presença de transtorno de conduta alimentar também se constatou distorção de imagem corporal¹⁵. O ambiente esportivo não é o único indicador para o aparecimento de transtorno de conduta alimentar e da distorção de imagem corporal. As evidências apontam que a percepção comportamental e cognitiva individual das adolescentes em relação às demandas dos ambientes nos quais estão inseridas parece ser um fator primordial a ser considerado¹¹.

3 Distorção de imagem corporal em universitários e a ocorrência de TA;

Diversos estudos têm apontado crescentes casos de Transtornos Alimentares (TAs) entre estudantes universitários em todo o mundo, em geral, tem atingido acadêmicos pertencentes a cursos nos quais a aparência física é importante, entre eles o de Educação Física e Nutrição. Supõe-se que pessoas já preocupadas com o seu peso e imagem corporais podem optar por estas áreas justamente por já terem um interesse pessoal pelo tema¹⁸. Podemos confirmar isso em uma pesquisa realizada com 191 estudantes do curso de Educação Física de uma universidade pública no município do Rio de Janeiro, onde a mesma revela que mesmo com o IMC em níveis normais e sendo assim consideradas eutróficas, várias estudantes demonstraram se sentirem insatisfeitas com o peso. Quando avaliada a diferença entre o peso informado e o peso desejado dessas alunas foi visto uma média de insatisfação com o peso de 2,2 kg¹².

Segundo Vitolo, Bartolini e Horta ²², a transição da adolescência para a idade adulta, fase do ciclo vital em que se encontram grande parte das estudantes universitárias, implica em tarefas individuais e sociais, como definições acerca da carreira, escolha de parceiros ou parceiras sexuais e estilos de vida. Esta população é, assim, especialmente vulnerável aos modelos e representações sociais vigentes, quer expressem isso por adesão quer por oposição. O corpo tornou-se objeto de consumo e a magreza sinônimo de beleza, valor e realização. A imagem que o indivíduo cria de seu corpo é muitas vezes, para ele, mais legítima que o próprio corpo, tendo importante participação na determinação de comportamentos de risco para TA¹³.

Conclusão

Conclui-se que os Transtornos Alimentares (TAs) tem se tornado a cada dia um verdadeiro problema de saúde pública, pois é vivenciado por diferentes categorias dentro da sociedade e atingindo desde adolescentes, até mesmo profissionais que estão inteiramente envolvidos com a nutrição e a boa forma corporal do ser humano, o que torna as evidências dessa pesquisa em dados preocupantes devido a magnitude em que vem se encontrando o problema. É necessário que medidas e ações sejam implantadas com o objetivo de desmistificar a ideologia de que para ser bonito e atlético devemos ser donos de um corpo magro e nos encontrarmos dentro dos padrões de beleza estabelecidos pela mídia.

Referências

Russo R. Imagem corporal: construção através da cultura do belo. **Movimento & Percepção**, Espírito Santo de Pinhal, SP. 2005; v.5, n.6, jan. /jun.

Kakeshita IS, Almeida SS. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da autoimagem em universitários. **Rev. Saúde Pública**. 2006. Junho; 40 (3): 497-504.

Apolinário JC, Claudino A. Transtornos Alimentares. **Rev Bras Psiquiatr**. 2000; 22 (Supl II): 28-31.

Dunker KLL, Fernandes CPB, Carreira-Filho D. Influência do nível socioeconômico sobre comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes. **J. Bras. Psiquiatr**. 2009; 58 (3): 156-161.

Borges NJBG, Sicchieri JMF, Ribeiro RPP, Marchini JS; Dos Santos JE. Transtornos alimentares - quadro clínico. **Medicina** (Ribeirão Preto). 2006; 39(3): 340-348, jul.-set.

Latterza AR, Dunker KLL, Scagliusi FB, Kemen E. Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. **Rev Psiq Clin**. 2004; v. 31, n. 4, p. 173-6.

Gil AC. **Como elaborar projetos de Pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

Petroski EL, Pelegrini A, Glaner MF. Motivos e prevalência de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2012; 17(4):1071-1077.

Bosi MLM, Luiz RR, Uchimura KY, Oliveira FP. Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de educação física. **J Bras Psiquiatr**. 2008;57(1):28-33.

Bosi MLM, Luiz RR, Morgado CMC, Costa MLS, Carvalho RJ. Auto percepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. **J Bras Psiquiatr**. 2006; 55(2): 108-113

Medeiros JB. **Redação Científica: a prática de fichamento, resumo, resenhas**. 4ed. São Paulo: Atlas, 2000.

Corseuil MW, Pelegrini A, Beck C, Petroski EL. Prevalência de insatisfação com a imagem corporal e a sua associação com a inadequação nutricional em adolescentes. **R. da Educação Física/UEM**, Maringá. 2009; v.20, n. 1, p. 25-31.

Branco LM, Hilário MOE, Cintra IP. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. **Rev. Psiquiatr. Clín**. São Paulo. 2006; vol.33 n.6.

Laus MF, Moreira RCM, Costa TMB. Diferenças na percepção da imagem corporal, no comportamento alimentar e no estado nutricional de universitárias das áreas de saúde e humanas. **Rev Psiquiatr**. RS. 2009;31(3):192-196.

Perini TA, Vieira RS, Vigário PS, Oliveira GL, Ornellas JS, Oliveira FP. Transtorno do Comportamento Alimentar em Atletas de Elite de Nado Sincronizado. **Rev Bras Med Esporte**. 2009; vol. 15, n. 1 – Jan/Fev.

Vieira JLP, Oliveira LP, Vieira LF, Vissoci JRN, Hoshino EF, Fernandes SL. Distúrbios de atitudes alimentares e sua relação com a distorção da autoimagem corporal em atletas de judô do estado do Paraná. **R. da Educação Física/UEM** Maringá. 2006; v.17, n.2, p.177-184.

Vieira JLP, Amorim HZ, Vieira LF, Amorim AC, Rocha PGM. Distúrbios de atitudes alimentares e distorção da imagem corporal no contexto competitivo da ginástica rítmica. **Rev Bras Med Esporte**. 2009; v. 15, n.6 – Nov./Dez.

Oliveira FP, Bosi MLM, Vigário PS, Vieira RS. Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas. **Rev Bras Med Esporte**. 2003; v. 9, n.6 – Nov./Dez.

Ribeiro LG, Veiga GV. Imagem corporal e comportamentos de risco para transtornos alimentares em bailarinos profissionais. **Rev Bras Med Esporte**. 2010; v. 16, n. 2 – Mar/Abr.

Penz LR, Dal Bosco SM, Vieira JM. Risco para desenvolvimento de transtornos alimentares em estudantes de Nutrição. **Scientia Medica**. 2008; 18(3), 124-128.

Scherer FC, Martins CR, Pelegrini A, Matheus SC, Petroski EL. Imagem corporal em adolescentes: associação com a maturação sexual e sintomas de transtornos alimentares. **J Bras Psiquiatr**. 2010; 59 (3): 198-202.

Vitolo MR, Bortolini GA, Horta RL. Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. **Rev Psiquiatr**. RS. 2006; 28(1): 20-26, jan. /abr.

Gonçalves TD, Barbosa MP, Rosa LCL, Rodrigues AM. Comportamento anoréxico e percepção corporal em universitários. **J Bras Psiquiatr**. 2008; 57(3):166-170.

Martins CR, Pelegrini A, Matheus SC, Petroski EL. Insatisfação com a imagem corporal e relação com estado nutricional, adiposidade corporal e sintomas de anorexia e bulimia em adolescentes. **Rev. Psiquiatr**. /Rio Grande do Sul. 2010; 32(1):19-23.

TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL EM PESSOAS COM AIDS: RELAÇÃO ENTRE ADESÃO E ESCOLARIDADE.

Mayara Mirna do Nascimento Costa - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Email: mayaramnc@gmail.com

Ilisdayne Thallita Soares da Silva - Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Késsya Dantas Diniz - Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Romanniny Hevillyn Silva Costa - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Isabelle Christine Marinho de Oliveira - Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Richardson Augusto Rosendo da Silva -Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Palavras-chave:Síndrome de imunodeficiência adquirida. HIV. Antirretrovirais. Escolaridade. Educação.

Resumo

Objetivo: verificar a relação da escolaridade na adesão ao tratamento com antiretroviral. **Metodologia:** pesquisa descritiva e exploratória de natureza quantitativa realizada no Hospital Giselda Trigueiro envolvendo adultos com AIDS residentes no Estado do Rio Grande do Norte. A amostra estudada consiste de indivíduos maiores de 18 anos que recebem medicamentos antirretrovirais na Farmácia de doenças infectocontagiosas do referido hospital. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN, protocolo 129/10 CEP/UFRN. Os dados foram coletados em formulário próprios, sendo entrevistados 100 pacientes. **Resultados:** com relação à frequência de dispensação dos medicamentos, observou-se que a maioria dos usuários (91%) foram classificados como boa adesão, 5% dos usuários da amostra encontra-se na zona crítica e 4 % com má adesão. Dos pacientes classificados na zona crítica de adesão, 03 apresentaram ensino fundamental incompleto e 02 com ensino fundamental completo. E dos pacientes com má adesão, 03 com ensino fundamental incompleto e 01 com ensino médio completo. **Conclusão:** foi possível verificar uma concordância com a literatura nacional que apresenta que a escolaridade está associada à adesão terapêutica no que se refere à facilidade para acesso às informações sobre a doença e tratamento.

Introdução

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) vem ganhando proporções maiores principalmente no Brasil, onde teve notificação de 474.273 casos da doença entre 1980 e junho de 2007. E com tendência de aumento de número de casos principalmente nas regiões Norte e Nordeste, e estabilização nas regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste. Assim sendo, apesar dos esforços de prevenção esta pandemia continua em expansão; pois no Brasil a taxa de prevalência do vírus é de 0,6% na população de 15 a 49 anos de idade, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS).(BLATT, 2009; CECCATO, 2004)

A AIDS tem sido considerada de caráter crônico evolutivo e potencialmente controlável desde o surgimento da terapia antirretroviral combinada (TARV) e da disponibilização de marcadores biológicos, como CD4 e carga viral, para o monitoramento de sua progressão. Tais avanços tecnológicos contribuíram de forma bastante positiva para a vida das pessoas que vivem e convivem com HIV. (BLATT, 2009)

Por mais que se tenham resultados animadores devido ao tratamento com antirretrovirais, por proporcionar um aumento na qualidade de vida como também na sobrevida dos indivíduos com AIDS, pela notória redução do surgimento de doenças oportunistas e redução das internações hospitalares; há problemas relacionados a esse tipo de terapia. Problemas devido aos potentes e complexos regimes terapêuticos, que vão desde à possibilidade dos pacientes seguirem o tratamento conforme a prescrição; seguindo com o grande número de comprimidos que devem ser ingeridos com horários regulares, passando por alterações dietéticas, até efeitos tóxicos e reações adversas. (BRITO, 2006)

Os avanços com os antirretrovirais e novos regimes terapêuticos demonstraram a capacidade de diminuir ou tornar indetectável a carga viral do HIV e reduzir a morbidade e mortalidade relacionada à AIDS. Principalmente depois de 1996, devido ao advento dos inibidores da protease e análogos não-nucleosídeos; esse perfil de morbidade vem mudando. Mesmo com os medicamentos apresentando resultados animadores, é consenso que esses benefícios só seriam alcançados com a efetiva adesão ao tratamento. Vale salientar que a adesão, também chamada de aderência ou observância terapêutica é a efetiva tomada de medicação conforme a prescrição do profissional assistente.(BONOLO, 2007; POLEJACK, 2010)

É admissível conjecturar que pessoas com poucos anos de estudo tenham menos acesso à informação sobre a enfermidade e o tratamento, trazendo uma compreensão insuficiente sobre o papel dos ARV e os prejuízos potenciais da não-adesão. A escolaridade, é um indicador indireto da situação sócio-econômica, sendo comumente associada a níveis

de renda. Assim sendo, pessoas HIV+ com menor escolaridade podem estar vivenciando piores condições de vida e presença de outros fatores de stress, além daqueles relativos à vivência da soropositividade, causando impacto negativo no autocuidado e na adesão ao tratamento. (SEILD, 2007) Com base nisto, o objetivo do presente estudo foi verificar a relação existente entre escolaridade e adesão ao tratamento com antirretroviral em adultos com Aids residentes no Estado do Rio Grande do Norte.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de natureza quantitativa envolvendo adultos com Aids residentes no Estado do Rio Grande do Norte. A pesquisa foi realizada no Hospital Giselda Trigueiro (HGT), hospital de doenças infecto-contagiosas, referência para o tratamento da Aids do Estado do Rio Grande do Norte.

A amostra estudada consiste de indivíduos maiores de 18 anos que recebem medicamentos para o controle da infecção pelo HIV/Aids, na Farmácia de doenças infectocontagiosas do Hospital Giselda Trigueiro. Foram utilizados como critérios de exclusão indivíduos que receberam medicamentos antirretrovirais como medida profilática (exposição ocupacional, exposição sexual), gestantes, parturientes e menores de 18 anos.

Os dados foram coletados em formulário próprio, em fichas de cadastramento da farmácia e, no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). Para avaliar a adesão ao tratamento, foi utilizado o método validado por Steiner (1988), que se baseia na frequência de dispensação dos medicamentos. (STEINER, 1998) A população foi avaliada e dividida em grupos, considerando-se três parâmetros:

- 1) boa adesão: menos de 29 dias de atraso (> 95% de adesão) que corresponde à retirada dentro do período estipulado.
- 2) zona crítica: entre 29 – 74 dias de atraso(entre 95- 70% de adesão),
- 3) má adesão: mais de 74 dias de atraso(<70%de adesão), onde provavelmente o paciente não procedeu corretamente em relação à administração do medicamento.

Resultados e Discussão

Realizada a aplicação do questionário com os pacientes, foi obtida uma amostra de 100 pessoas portadoras do vírus HIV em seguimento de tratamento no hospital Giselda Trigueiro. Desses pacientes, 58 eram do sexo masculino e 42 do sexo feminino. Com relação à idade, a maioria dos pacientes encontram-se na faixa etária de 35 a 49 anos, com um total de 50 pessoas nessa faixa etária, seguidos de 24 pessoas de 50 anos e mais; 20 na faixa etária entre 25 a 34 anos e 6 pessoas abaixo dos 25 anos. Residem na capital 58 pessoas, os demais 42 moram em cidades do interior do estado. No que se refere à escolaridade, 49 pessoas apresentam o ensino fundamental incompleto, seguido de 25 pessoas com ensino médio completo, 9 com fundamental completo, 7 com superior completo, 6 com ensino médio incompleto, 3 com superior incompleto e uma pessoa referiu nunca ter frequentado o ambiente escolar, nunca ter estudado. Maioria de 43 pessoas de cor parda, seguidos de 42 brancos e 15 negros. Com relação ao estado civil, 56 pessoas estavam solteiras sem companheiro fixo, 20 casadas, 20 solteiros com companheiros fixos, e 4 se classificaram como viúvos.

Um total de 75% da amostra afirmou já ter passado um dia ou mais sem tomar antirretroviral; enquanto que 25% disseram que desde o início do tratamento, nunca passaram um dia sem tomar medicação. Os motivos por ter deixado de tomar algum dia foram: o esquecimento (46), seguido da presença e incômodo dos efeitos colaterais (13), para usar bebida alcoólica (10) e para ter descanso da medicação (7). De acordo com a experiência com os medicamentos antirretrovirais, 50 pessoas classificaram o tratamento no dia-a-dia como fácil, 27 acham médio, 13 acham difícil, 5 acham muito difícil e 5 acham muito fácil.

Ao verificar no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), 4 mulheres e 01 homem apresentaram um atraso entre 29 e 74 dias, e 4 pacientes com mais de 74 dias de atraso, sendo 2 homens e duas mulheres. O que mostra que 5% da amostra estudada encontra-se em zona crítica de adesão, 4% encontra-se em má adesão e 91% está com boa adesão, segundo o método de análise validado por Steiner (1988).

Dos pacientes classificados na zona crítica de adesão, 03 apresentaram ensino fundamental incompleto e 02 com ensino fundamental completo. E dos pacientes com má adesão, 03 com ensino fundamental incompleto e 01 com ensino médio completo. O único paciente que referiu nunca ter frequentado o ambiente escolar afirma que já ficou mais de um dia sem tomar medicação por causa do esquecimento, e nos registros da farmácia não há atraso na dispensação dos mesmos. Dos 07 pacientes com ensino superior completo todos afirmaram já ter passado mais de um dia sem tomar a medicação sendo 3 por esquecimento, 1 achou que estava bem melhor e decidiu ficar alguns dias sem tomar, 1 por mudança de serviço de saúde/ mudança de estado, 01 por não querer tomar e 01 para usar drogas e bebida alcoólica, efeitos colaterais e reações adversas e por ter notado piora na saúde. Considerando que 42 mulheres fizeram parte da amostra, 85,7% das mulheres apresentam boa adesão, e 94,8% dos homens participantes da amostra apresentam boa adesão.

Ao abordar aspectos relacionados ao conhecimento da doença e tratamento, os pacientes que encontram-se no grupo de má adesão, 01 paciente com ensino fundamental incompleto referiu que a AIDS não tem tratamento e atinge só o sexo masculino, 02 pacientes com

ensino fundamental incompleto disseram que pode ser evitada por vacina, 02 com ensino fundamental incompleto não sabiam se a doença é causada pelo vírus HIV. Sobre o conhecimento à cerca do tratamento, 01 com ensino fundamental incompleto disse não saber se deveria tomar antirretroviral durante toda a vida, e que a medicação não melhora a resistência do organismo; todo afirmaram que os antirretrovirais não deixam o vírus HIV aumentar, e dois com fundamental incompleto afirmaram que a medicação não destrói o vírus.

De modo geral, a maioria da amostra estudada (49%) apresenta apenas o ensino fundamental incompleto, ou seja, menos de nove anos de escolaridade. E apenas uma pessoa nunca frequentou o ambiente escolar. Foi possível observar que a zona crítica e de má adesão é composta em sua maioria por pessoas com menos de nove anos de escolaridade.

A escolaridade está associada à adesão terapêutica no que se refere à facilidade para acesso às informações sobre a doença e tratamento. Quanto menos escolaridade, menor costuma ser o acesso e compreensão à informação sobre o HIV, AIDS e os antiretrovirais. Na amostra estudada ocorreu um bom equilíbrio de taxa de adesão de acordo com o método validado por Steiner (1988), com 91% da amostra com boa adesão, 5% em zona crítica e apenas 4% com má adesão. Entretanto 75% afirmou já ter passado mais de um dia sem tomar medicação. Nessa perspectiva pode-se perceber a necessidade de está sempre usando mais de uma forma de verificar a adesão (questionário, registro na farmácia, análise no prontuário, contagem de comprimidos, exames laboratoriais, dentre outros) como uma forma de obter um resultado mais fidedigno.

Um fato interessante é que o único paciente que nunca frequentou o ambiente escolar está classificado na área de boa adesão, e ainda referiu que só deixou de tomar a medicação em casos de esquecimento. Mas isso foi o único caso presente na amostra. Visto que a maioria dos pacientes em zona crítica e má adesão possuem poucos anos de escolaridade.

A avaliação e o monitoramento da adesão devem ser encaradas pelos profissionais de saúde como estratégia de apoio ao paciente, devido ao auxílio que a equipe de saúde recebe para identificar possíveis dificuldades, permitindo assim, delinear um plano de intervenção de acordo com as demandas e necessidades de cada usuário. Portanto, a avaliação da adesão deve ser utilizada como um recurso de ajuda ao paciente e não como uma forma de culpá-lo pelas dificuldades de adesão. (POLEJACK, 2010)

É fundamental que os profissionais de saúde reconheçam que a não adesão é um fenômeno que deve ser trabalhado junto ao paciente de forma sistematizada, com ações que favoreçam uma atuação efetiva dos profissionais e uma incorporação do tratamento pelo paciente. Para isso, a equipe de saúde deve conhecer os fatores que possam vir a interferir na adesão e as especificidades da sua clientela em particular. (COLOMBINI, 2007)

A equipe de saúde pode reconhecer os riscos para a não adesão e a partir daí, propor maior educação em saúde para esses pacientes, objetivando aumentar o conhecimento à cerca da doença e melhorar a adesão ao tratamento com antirretrovirais.

Conclusão

No presente estudo o maior índice de baixa adesão ocorreu entre pacientes com poucos anos de escolaridade. Dessa forma, pode-se perceber que a avaliação da relação entre escolaridades e adesão ao tratamento com antirretrovirais deve ser constante nos serviços de saúde, uma vez que quanto menor a escolaridade, maior é a chance de dificuldade de compreensão a cerca do tratamento e da própria doença. Além disso, a baixa escolaridade costuma está associada com outras condições socioeconômicas, como o nível de renda, e más condições de vida, que junto a variados fatores podem ser grandes estressores para a dificuldade de adesão ao tratamento com os antirretrovirais.

Cabe à equipe de saúde procurar a melhor forma de identificar os pacientes que apresentam o referido risco, para buscar a melhor estratégia de atuar na melhoria do conhecimento de tais pacientes à cerca do tratamento e da própria doença com a finalidade de melhorar a adesão ao tratamento.

Referências

BLATT, C.R.; CITADIN, C.B; SOUZA, F.G; MELLO, R.S; GALATO, D. Avaliação da adesão aos anti-retrovirais em um município no Sul do Brasil. Rev Soc Bras Med Trop [periódico na internet], v.42, n.2; p.131-6, 2009 abr [acesso em 2014 Mai 12]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v42n2/v42n2a07.pdf>

BONOLO, P.F.; GOMES, R.R.F.M.; GUIMARAES, M.D.C. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. Epidemiol serv saúde [periódico na internet], v.16, n. 4, p. 267-78, 2007 dez [acesso em 2014 Mai 12]. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v16n4/v16n4a05.pdf>

CECCATO, M.G.B ACURCIO, F.A; BONOLO, P.F; ROCHA, G.M; GUIMARÃES, M.D.C. Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. Cad. Saúde Pública [periódico na internet]. Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p.1388-1397, 2004 set-out [acesso em 2014 Mai 12]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/34.pdf>

BRITO, A.M.; SZWARCOWALD, C.L.; CASTILHO, E.A. Fatores associados à interrupção de tratamento anti-retroviral em adultos com

AIDS: Rio Grande do Norte, Brasil, 1999 - 2002. Rev Assoc Med Bras [periódico na internet], v.52, n.2, p.86-92, 2006 mar/abr [acesso em 2014 Mai 12]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n2/a17v52n2.pdf>

CARVALHO, C.V.; MERCHAN-HAMANN, E.; MATSUSHITA, R. Determinantes da adesão ao tratamento anti-retroviral em Brasília, DF: um estudo de caso-controle. Rev Soc Bras Med Trop [periódico na internet], v. 40, n.5, p.555-65, 2007 set/out [acesso em 2014 Mai 12]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v40n5/a13v40n5.pdf>

COLOMBRINI, M.R.C.; LOPES, M.H.B.M.; FIGUEIREDO, R.M. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. Rev esc enferm USP [periódico na internet], v. 40, n. 4, p. 576-581, 2006 dez [acesso em 2014 Mai 12]. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/292.pdf>

GEOCZE, L.; MUCCI, S; MARCO, M.A.; NOGUEIRA-MARTINS, L.A.; CITERO, V.A. Qualidade de vida e adesão ao tratamento anti-retroviral de pacientes portadores de HIV. Rev saúde pública [periódico na internet], v.44, n. 4, p. 743-9, 2010 ago [acesso em 2014 Mai 12]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/19.pdf>

LIMA, R.M.; VELOSO, V. SICLOM: distribuição informatizada de medicamentos para HIV/AIDS. Ação Anti-AIDS. v. 43. p. 6–7, 2000.

MELCHIOR, R.; NEMES, M.I.B.; ALENCAR, T.M.D.; BUCHALLA, C.M. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. Rev saúde pública [periódico na internet], v. 41, Suppl. 2, p. 87-93. 2007 dez [acesso em 2014 Mai 12]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s2/5954.pdf>

POLEJACK, L.; SEIDL, E.M.F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. Ciência & Saúde Coletiva [periódico na internet], v.15, Supl. 1, p. 1201-1208, 2010 [acesso em 2014 Mai 12]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/029.pdf>

SEIDL, E.M.F.; MELCHIADES, A.; FARIAS, V.; BRITO, A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. Cad saúde pública [periódico na internet], v.23, n.10, p. 2305-16. 2007 out [acesso em 2014 Mai 12]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/06.pdf>

STEINER, J.F.; KOEPESELL, T.D.; FIHN, S.; INUI, T. A general method of compliance assessment using centralized pharmacy records: Description and validation. Med Care [periódico da internet], v.26, p.814-23. 1988 aug [acesso em 2014 Mai 12]. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/3765465>

VENTURA, A. Adherence to anti-retroviral therapy in HIV. Arq Med. v.20, n.1-2, p.37-49,2006.

Agradecimentos

Agradecemos aos pacientes que participaram da pesquisa e à equipe de saúde do Hospital Giselda Trigueiro pela atenção e colaboração durante as coletas de dados.

TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA: IMPACTO ECONÔMICO SOB A PERSPECTIVA DA FONTE PAGADORA PÚBLICA

Dayana Maia Saboia (apresentador) – Universidade Federal do Ceará, day_saboia@yahoo.com.br

Karine de Castro Bezerra – Universidade Federal do Ceará

Vielckketlin Franco Viana – Universidade Federal do Ceará

José Ananias Vasconcelos Neto - Hospital Geral de Fortaleza

Mônica Oliveira Batista Oriá – Universidade Federal do Ceará

Camila Teixeira Moreira Vasconcelos (Orientador) – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: Incontinência Urinária. Cirurgia. Custos de Cuidados de Saúde. Promoção da saúde.

Resumo

As disfunções urinárias são definidas como qualquer perda involuntária de urina. No Brasil os estudos sobre a temática, em sua maioria, abordam assuntos como perfil epidemiológico e qualidade de vida. Contudo, os gastos econômicos com essas condições são pouco conhecidos. Portanto, objetiva-se estimar os custos diretos, médicos e não médicos, envolvidos no tratamento cirúrgico de pacientes com incontinência urinária, sob a perspectiva da fonte pagadora pública. Trata-se de um estudo do tipo epidemiológico, com abordagem descritiva e delineamento transversal. Foram analisados dados secundários referentes aos relatórios de procedimentos hospitalares do Sistema Único de Saúde - DATASUS, na série histórica de janeiro de 2008 a junho de 2014, referente aos procedimentos cirúrgicos para correção da incontinência urinária em mulheres (considerando os códigos de tratamento cirúrgico da incontinência urinária por via vaginal e abdominal). Os resultados encontrados apontam para um total de 48.455 internações hospitalares referentes ao tratamento cirúrgico da incontinência urinária nos hospitais públicos e/ou conveniados do Sistema Único de Saúde. Do total de internamentos, 80,5% (39.017) foram realizados para tratamento cirúrgico da incontinência urinária via vaginal e 19,5% (9.438) realizados para tratamento cirúrgico via abdominal. Considerando apenas os custos hospitalares e profissionais, identificou-se um gasto de R\$ 18.673.757,83 com tratamento cirúrgico de correção da incontinência urinária em toda série histórica estudada. Acredita-se, que a análise dos resultados encontrados possa contribuir na gestão econômica do manejo da incontinência urinária, ressaltando a importância do emprego de outras abordagens terapêuticas e potencializando ações de promoção da saúde as mulheres nessa condição.

Introdução

As disfunções urinárias são definidas como qualquer perda involuntária de urina. Esta pode estar associada aos esforços, espirro ou tosse, sendo classificada como Incontinência Urinária de Esforço (IUE); associada a sintomas de urgência, ou seja, à vontade inadiável de urinar, classificada como Incontinência Urinária de Urgência (IUU); ou ainda ocasionada pela junção dos fatores anteriormente citados, caracterizando a Incontinência Urinária Mista (ICS, 2012). Embora não coloquem diretamente a vida das pacientes em risco, essa disfunção traz implicações clínicas, sociais, psicológicas e econômicas de grande impacto (BEZERRA *et al*, 2013). No Brasil os estudos sobre a temática, em sua maioria, abordam assuntos como perfil epidemiológico e qualidade de vida. Contudo, os gastos econômicos com essas condições são pouco conhecidos. Devido a grande prevalência e repercussão causadas em diversos domínios da saúde da mulher, torna-se necessário conhecer o impacto econômico dessas disfunções no Brasil, com vistas a pleitear intervenções estratégicas de redução das mesmas, pautadas na promoção da saúde e prevenção das disfunções do assoalho pélvico.

Portanto, objetiva-se no presente estudo estimar os custos diretos, médicos e não médicos, envolvidos no tratamento cirúrgico de pacientes com incontinência urinária, sob a perspectiva da fonte pagadora pública.

Metodologia

Estudo do tipo epidemiológico, com abordagem descritiva e delineamento transversal. Foram analisados dados secundários referentes aos relatórios de procedimentos hospitalares do SUS - DATASUS, na série histórica de janeiro de 2008 a junho de 2014, referente aos procedimentos cirúrgicos para correção da incontinência urinária em mulheres, considerando os códigos de tratamento cirúrgico da

incontinência urinária por via vaginal e abdominal (DATASUS, 2014).

Esta investigação é relativa apenas aos procedimentos cirúrgicos, ou seja, pacientes que já tiveram sua doença diagnosticada. Foi realizada uma avaliação dos custos econômicos do tratamento cirúrgico de IU e posterior comparação dos tipos de procedimentos realizados quanto aos gastos econômicos, número de internações, média de permanência, óbitos e taxa de mortalidade. Os dados foram analisados quanto às frequências absolutas e relativas e dispostos em gráficos para melhor compreensão.

Resultados e Discussão

Foi realizado, durante o período pesquisado, um total de 48.455 internações hospitalares para tratamento cirúrgico da incontinência urinária nos hospitais públicos e/ou conveniados do Sistema Único de Saúde, com maior prevalência das internações nas regiões sudeste com 45,02% (n=21.816) e nordeste com 17,16% (n=8.318) do país. Em média são realizados 39.899 procedimentos por ano, esse número de procedimentos pode ser explicado tanto pela alta prevalência de IU como pela disseminação das técnicas cirúrgicas de correção da IU.

Segundo Landefeld e colaboradores (2008), aproximadamente 26 milhões de americanos sofrem com IU, no Brasil, seguindo a mesma tendência, um estudo mostrou que 64,38% das mulheres investigadas tinham algum tipo de IU (VAZ, 2012).

Contudo, apesar do elevado número de internamento hospitalar relacionado à correção cirúrgica de IU, as taxas de mortalidade registradas para esses procedimentos, despontam para uma taxa de 0,01 em ambas as vias de abordagem, sendo identificados dois óbitos com o tratamento cirúrgico via vaginal e um óbito com tratamento cirúrgico via abdominal. Isso reforça a segurança e o domínio dos profissionais em relação às cirurgias de correção da incontinência, seja por via vaginal ou abdominal,

No tocante ao tipo de cirurgia, do total de internamentos avaliados, 80,5% (n=39.017) foram realizados para tratamento cirúrgico da incontinência urinária via vaginal e 19,5% (n=9.438) realizados para tratamento cirúrgico via abdominal. Segundo Bezerra (2013), inúmeros procedimentos cirúrgicos utilizando as vias vaginais e abdominais vêm sendo propostos ao longo do tempo, sendo, até meados dos anos 90 a colposuspensão à Burch, laparotômica ou laparoscópica, consideradas padrão-ouro. Contudo, a partir da introdução dos slings, uso de faixas sintética por via vaginal, em 1996, houve uma mudança de paradigma no tratamento cirúrgico, corroborado com os dados encontrados. Botelho, Silva e Cruz (2007) afirmam que a colocação de fitas sintéticas ou sling aumentam a eficácia do procedimento, facilitam a execução do mesmo, são menos invasivos e geram menor tempo de internamento, contudo o que se verificou no presente estudo foi média semelhante de permanência hospitalar para os dois tipos de procedimentos, com variação de 2,3 dias.

Em relação aos custos financiados pela fonte pagadora pública com o tratamento cirúrgico, considerando apenas os custos hospitalares e profissionais, na série histórica estudada, obteve-se aproximadamente R\$ 18.673.757,83, destacando-se os anos de 2009 e 2010 com maiores valores, R\$ 2.943.489,10 e R\$ 3.027.930,02, respectivamente. A média de gastos anuais encontrada foi de R\$ 2.887.146,15, excluindo-se os custos diagnósticos, outras opções terapêuticas e gastos relativos a medidas de higiene como uso de absorventes, fraldas geriátricas e lavagem mais frequente de roupas. Em relação ao valor médio da internação, obteve-se um valor médio de R\$ 382,65 para o tratamento via vaginal e R\$ 396,67 para o tratamento via abdominal, tendo a região centro-oeste os valores mais altos para ambas as vias cirúrgicas, R\$ 391,53 para tratamento cirúrgico via vaginal e R\$ 406,53 para via abdominal, seguida pelas regiões sul e sudeste, respectivamente.

Seguindo as médias internacionais, os resultados encontrados sinalizam para um elevado número de procedimentos cirúrgicos realizados para a correção da IU. Nos Estados Unidos, aproximadamente 300.000 procedimentos cirúrgicos são realizados anualmente para correção da IU com custos diretos de um bilhão de dólares por ano (Delancey JO, 2005).

Nesse sentido, Araújo (2009) ao avaliar custos econômicos relacionados ao tratamento da IU, concluiu que o tratamento fisioterápico pode ser uma saída para conter os custos quando comparado ao tratamento cirúrgico. Seguindo a mesma perspectiva, recente revisão de literatura acerca das abordagens terapêuticas da IUE concluiu que o tratamento conservador é a escolha primária para os casos de IUE, através do treinamento dos músculos do assoalho pélvico e terapia comportamental, sendo indicada a cirurgia somente se persistirem os sintomas de stress urinário (CAMILLATO; BARRA; SILVA, 2012). Outra abordagem conservadora está relacionada ao uso de pessário com botões no tratamento de IUE, a utilização desse dispositivo tem sido alvo de várias pesquisas, e tem se relevado eficaz na melhora dos sintomas urinários em até 50%. Essas variações terapêuticas conservadoras reforçam a importância de uma equipe multidisciplinar no manejo da IU.

Embora os objetivos da cirurgia para correção da IU sejam melhorar os sintomas urinários e melhorar a qualidade de vida, há uma escassez de dados sobre os resultados relativos à bexiga, o intestino e à função sexual, além de apresentar taxas de recidivas que variam de 13% a 20% e não serem indicadas em pacientes com elevados riscos cirúrgicos (ARAUJO, 2009).

Nesse contexto, considerando que um dos principais fatores de risco para a IU é a idade, com o aumento da expectativa de vida, o número de mulheres que buscarão serviços especializados para a correção dessa condição tende ampliar, logo abordagens preventivas para IU e tratamentos conservadores devem ser amplamente estimulados, já que estas terapêuticas geram custos menores, apresentam resultados positivos no manejo da IU e são uma alternativa para as pacientes com contra indicação cirúrgica.

Conclusão

Os custos diretos, médicos e não médicos, envolvidos no tratamento cirúrgico de pacientes com incontinência urinária no Brasil são elevados e significantes no orçamento público de saúde. Acredita-se, que a análise dos resultados encontrados possa contribuir na gestão econômica do manejo da IU, ressaltando a importância do emprego de outras abordagens terapêuticas e potencializando ações de promoção da saúde das mulheres nessa condição.

Referência

ARAÚJO, G. T. B. O custo da incontinência urinária no Brasil-Experiência do serviço de Uroginecologia da UNIFESP. 2009. 37f. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo. 2009.

BEZERRA, et al. Temas em Uroginecologia: Manual prático em uroginecologia e disfunções do assoalho pélvico para profissionais da área da saúde. Fortaleza ed expressão gráfica e editora, 2013.

BOTELHO, F.; SILVA, C.; CRUZ, F. Incontinência Urinária Feminina. *Acta Urológica*, Brasil, n.24; v.1: p.79-82. 2007.

CAMILLATO, E.S.; BARRA, A. A.; SILVA, A.L. Stress urinary incontinence: physiotherapy versus surgical treatment. **Femina**, v. 40, n. 4, 2012.

DATASUS. Procedimentos hospitalares do SUS – por local de internação – Brasil – Acumulado de janeiro de 2008 a junho de 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>. Acesso em 22 jul. 2014.

DELANCEY, J.O. The hidden epidemic of pelvic floor dysfunction: achievable goals for improved prevention and treatment. *Am J Obstet Gynecol*, v.192, n.5, p.1488-95. 2005

LANDEFELD, C. et al. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference statement: Prevention of fecal and urinary incontinence in adults. *Annals of Internal Medicine*, n. 148, p. 449-458. 2008.

NKUDIC - National Kidney and urologic diseases information clearinghouse. Urinary Incontinence in Women. 2006. Disponível na URL <http://kidney.niddk.nih.gov/kudiseases/pubs/uiwomen/index.htm>

TOOZS-HOBSON, P. et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for reporting outcomes of surgical procedures for pelvic organ prolapse. *Neurourology and urodynamics*, v.31, n.4, p. 415-421, 2012.

VASCONCELOS, C.T.M. et al. Disfunções do assoalho pélvico: perfil sócio demográfico e clínico das usuárias de um ambulatório de Uroginecologia. *Gestão e Saúde*, Fortaleza, v.4, n.1, p.1484. 2012.

VAZ, C.T. Assistência Fisioterapêutica a Mulheres com Incontinência Urinária na Atenção Básica. 2012. 73 folhas. Dissertação de mestrado. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2012.

WAGNER, T.H.; SUBAK, L.L. Talking about incontinence: the first step toward prevention and treatment. *JAMA*, v. 303, n. 21, p. 2184-5, 2010.

Agradecimentos

Inseri os agradecimentos às pessoas, entidades e/ou agências de fomento (ARIAL, 10) – Atenção para não ultrapassar as margens laterais.

TREINAMENTO DOS ATIRADORES DO TIRO DE GUERRA DE SOBRAL NO COMBATE À DENGUE (RELATO DE EXPERIÊNCIA)

Francisca Eugênia Paiva Martins (apresentador) – Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), eug.mar.paiva@hotmail.com.

Rafael Porto – Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Maria Jucilene Azevedo Gomes – Universidade estadual Vale do Acaraú (UVA).

Antônia Neyliane Carneiro Torres – Universidade estadual Vale do Acaraú (UVA).

Maria Socorro Carneiro Linhares (Coordenador do PET-VS) - Universidade estadual Vale do Acaraú (UVA).

Rebeca Sales Viana (Orientador) – Universidade estadual Vale do Acaraú (UVA).

Palavras-chave: Dengue. Capacitação em Serviço. Educação.

Resumo

A dengue é uma doença endêmica no Brasil causada por quatro vírus denominados de DENV1, DENV2, DENV3 e DENV4, sendo o seu vetor de transmissão os mosquitos: *Aedes Aegypti* e *Aedes albopictus*. O primeiro é o responsável pela transmissão da maioria dos casos de dengue no Brasil. O objetivo do presente trabalho é relatar a experiência do treinamento dos atiradores do Tiro de Guerra nas ações de combate à dengue em Sobral, estado do Ceará. Tratou-se de uma ação envolvendo o treinamento de 30 voluntários integrantes do grupo de Atiradores do Tiro de Guerra para atuarem no combate à dengue no município de Sobral. O treinamento foi realizado pelos técnicos do Centro de Controle de Zoonoses e monitores do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde da área de Vigilância em Saúde com abordagem de conteúdos teóricos e práticos. Os conteúdos teóricos abordados foram: estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF); noções básicas de entomologia com o foco no vetor *Aedes Aegypti*; a fisiopatologia e tratamento da dengue; e as medidas de vigilância epidemiológica e entomológica. O treinamento foi realizado em 40 horas, dentro de um prazo de duas semanas. A capacitação desses jovens, além de proporcionar o apoio às equipes de saúde que atuam no combate à dengue, possibilitou a formação de cidadãos mais conscientes dos seus deveres da comunidade e do quanto podem contribuir para mudanças de atitudes para promoção da saúde.

Introdução

A dengue é uma doença viral transmitida pelo mosquito infectado, o *Aedes aegypti*, sendo atualmente considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) uma ameaça mundial, afetando principalmente os países tropicais e sub-tropicais. É estimado que 50 milhões de infecções por dengue ocorram anualmente e que aproximadamente 2,5 bilhões de pessoas morem em países onde a doença é endêmica (BRASIL, 2014). Hoje ela afeta os países asiáticos e latino-americanos e se tornou uma das principais causas de hospitalização e morte entre crianças e adultos dessas regiões. Sendo esta uma das principais doenças transmitidas por vírus no mundo e é um problema, especialmente grave, em países tropicais como o caso do Brasil, onde o clima quente e os hábitos, principalmente da população urbana, oferecem condições para o desenvolvimento e a proliferação de seu mosquito transmissor. (MOREIRA, 2012)

Segundo o Ministério da Saúde (2014), a transmissão vem ocorrendo de forma continuada no Brasil desde 1986, intercalando-se com a ocorrência de epidemias, geralmente associadas com a introdução de novos sorotipos em áreas anteriormente indenes ou alteração do sorotipo predominante. O maior surto no Brasil ocorreu em 2013, com aproximadamente 2 milhões de casos notificados. Atualmente, circulam no país os quatro sorotipos da doença. Sendo o homem o principal colaborador da dispersão do *Aedes aegypti*, já que o mesmo conseguiu disseminá-lo através das embarcações, trens, automóveis, aviões, sendo encontradas nesses transportes as condições favoráveis para sua multiplicação. Assim, levavam as espécies para locais que não viviam antes.

Os criadouros preferenciais do *Aedes aegypti* são recipientes artificiais, tanto os abandonados pelo homem a céu aberto e preenchidos pelas águas das chuvas como os reservatórios de água para uso doméstico, como: caixas d'água, tonéis, latões e cisternas destampadas ou mal tampadas. Os lagos artificiais, piscinas e aquários abandonados são também considerados como criadouros potentes para o mosquito, principalmente pela capacidade de armazenamento de água e superfície alargada. É sabido que, para a reprodução do mosquito é preciso existir as condições necessárias, tais como: recipientes com água armazenada e, que esta esteja limpa (não turva), pobre em matéria orgânica em decomposição e em sais, dispostos, principalmente em locais sombreados e com fundo ou paredes escuras.

O conhecimento sobre como os vetores da dengue se reproduzem deve ser disseminado entre a população para promover medidas de prevenção da doença. Para que isso aconteça, é preciso que se envolva grupo de pessoas voluntárias que possam se transformar em multiplicadores para levar esse conhecimento a outras pessoas na comunidade.

O Tiro de Guerra (TG) é uma instituição militar do Exército Brasileiro encarregada de formar jovens reservistas para o exército. Os TGs são estruturados de modo que o jovem convocado possa conciliar a instrução militar com o trabalho ou estudo. A organização de um TG ocorre em acordo firmado com as prefeituras locais e o Comando da Região Militar. O exército fornece os instrutores, fardamento e equipamentos, enquanto a administração municipal disponibiliza as instalações. A capacitação dos jovens atiradores do TG 10011 como agentes de combate às endemias é uma prática inovadora que busca implementar uma mudança cultural quanto a participação popular nas questões de saúde. Através da ação desses atiradores busca-se salientar a importância da participação popular na resolução dos problemas de saúde, pois através do olhar direto dos usuários à problemática, haverá uma melhor percepção por parte da população quanto a ação das políticas públicas de saúde. A ação de vigilância epidemiológica que será desenvolvida pelos atiradores do TG 10011 tem como objetivo reduzir o número de casos de dengue no município, bem como fazê-los atuar como multiplicadores do conhecimento acerca das medidas de combate ao vetor da doença.

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo, de abordagem qualitativa do tipo relato de experiência de ação constituída pelo treinamento de jovens atiradores do Tiro de Guerra para atuarem no combate à dengue. Esta ação foi realizada na cidade de Sobral, localizada na região Noroeste do Estado do Ceará, a 240 km da capital Fortaleza, por via de acesso da BR-222 e CE 362 (SOBRAL, 2012). O local de ocorrência da ação foi o Centro de Zoonoses de Sobral (CCZ), unidade de saúde pública que tem como principal atribuição prevenir e controlar as doenças endêmicas e as zoonoses do município. Os sujeitos envolvidos foram 30 voluntários do Tiro de Guerra de Sobral. O desenvolvimento da ação acompanhou as seguintes etapas: seleção dos participantes, sendo escolhidos apenas aqueles que demonstravam disponibilidade e interesse; exposição dos conteúdos teóricos, através de aulas expositivas onde foram abordados com abordagem de conteúdos teóricos e práticos. Os conteúdos teóricos abordados foram: estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF); noções básicas de entomologia com o foco no vetor *Aedes Aegypti*; a fisiopatologia e tratamento da dengue; e as medidas de vigilância epidemiológica e entomológica. Os conteúdos práticos foram aplicados em laboratório e no campo. No primeiro os atiradores fizeram reconhecimento das diferentes espécies de mosquitos, diferenciando o *Aedes aegypti* das demais; e, no segundo os voluntários receberam orientações e demonstrações dos trabalhos dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) de como realizam as vistorias em imóveis para identificação de focos de criadouros de mosquitos. O treinamento foi realizado em 40 horas, dentro de um prazo de duas semanas.

Resultados e Discussão

Durante o treinamento observou-se que os atiradores passaram a compreender melhor a estruturação da saúde pública no Brasil com o conhecimento de questões básicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF). Na medida em que se transmitiam os conteúdos, os atiradores iam tendo mais clareza da importância do trabalho dos agentes de combate às endemias para a promoção da saúde da comunidade. Durante as aulas sobre noções básicas de entomologia, com foco no vetor da dengue o *Aedes Aegypti*, observou-se que a maioria dos atiradores possuía algum tipo de conhecimento prévio sobre o assunto abordado. Este conhecimento, segundo eles, foi adquirido quando faziam o ensino médio. Já durante as aulas sobre os aspectos clínicos da dengue e seu tratamento, observou-se que o conhecimento dos participantes sobre o tema era escasso, principalmente como a doença se manifesta e os cuidados para o tratamento. Observou-se que a explanação sobre vigilância entomológica do vetor chamou muita atenção dos atiradores, mostraram-se bastante interessados em saber de como o mosquito se reproduz e as barreiras mais eficientes para quebrar o seu ciclo de vida. Nas aulas em que se mostrou a atuação dos ACE) observou-se muito empenho dos alunos em compreender as atribuições desses profissionais no contexto da saúde pública, apesar dos mesmos já apresentarem algum conhecimento prévio do trabalho dos mesmos. Os atiradores relataram que tiveram oportunidade de observar o trabalho dos ACE em suas próprias casas. Durante esta aula foram apresentados os equipamentos que os agentes utilizam no trabalho diário no campo, despertando muita curiosidade entre os atiradores. No momento das aulas no laboratório, percebeu-se que os participantes já tinham visto, algumas vezes, os mosquitos na forma de larvas e pupas em recipientes com água em suas residências, mas não imaginavam que se tratavam do *Aedes aegypti*, pois, para eles, aqueles “bichinhos” conhecidos como “cabeças-de-prego”, comumente encontrados não significavam nenhum perigo para a saúde. As aulas de campo foram consideradas as mais importantes pelos próprios atiradores, pois, segundo os mesmos, puderam vivenciar a realidade do trabalho de combate ao mosquito da dengue e sentiram orgulho pelo que poderiam, no futuro, contribuir para a saúde pública. Ainda durante as aulas de campo puderam observar o quanto pode ser difícil a abordagem para a visita de vistoria nos domicílios, entretanto, compreenderam que a utilização de técnicas que orientam esta atividade faz com que seja exitosa. Na avaliação do treinamento, entre muitas falas dos atiradores, captou-se uma para representar o objetivo da ação atingido: “Ajudaremos a manter a saúde em Sobral”.

Após o treinamento, os atiradores passaram a realizar vistorias em imóveis entre os intervalos dos ciclos de visitas realizadas pelos ACE em áreas com maior risco de proliferação do mosquito e em locais em que o monitoramento dos índices de infestações dos imóveis deveriam ser intensificados.

Conclusão

Com a realização deste treinamento observou-se que as pessoas não têm um conhecimento sistematizado sobre a dengue e de seu vetor de transmissão. Embora existir campanhas para esclarecer a doença e as formas de transmissão, estas ainda deixam muitas lacunas no conhecimento básico da população de como se proteger de doenças endêmicas, no caso, a dengue.

A mobilização para o envolvimento de outros segmentos da sociedade para apoiarem em ações de impacto na saúde pública deveria ser mais realizada pelas instituições governamentais. A capacitação dos atiradores para auxiliarem nas ações de combate à dengue município de Sobral foi de fundamental importância para redução dos índices de infestação do *Aedes aegypti* no período em que havia muito risco de transmissão de dengue.

A capacitação desses jovens, além de proporcionar o apoio às equipes de saúde que atuam no combate à dengue, possibilitou a formação de cidadãos mais conscientes dos seus deveres da comunidade e do quanto podem contribuir para mudanças de atitudes para promoção da saúde.

Referências

GIL, A.C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 5 Ed. São Paulo: Editora Atlas S.A.; 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

ALISTAMENTO MILITAR. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/defesa-e-seguranca/2014/02/tire-suas-duvidas-sobre-o-alistamento-militar>> Acessado em 09 de Agosto de 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <www.saude.gov.br> Acessado em 12 de julho de 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Dengue: aspectos epidemiológicos, diagnóstico e tratamento** / Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. – Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde – FUNASA. **Programa Nacional de Controle da Dengue**. Brasília, 2012

MOREIRA, L.P. et al. **A dengue em sobral (ce): análise epidemiológica do período de 2008 a 2011**. Sobral, 2012.

OSTERNO, F. D. C. et al. Curso de capacitação de agentes de endemias. **Apostila de noções básicas de entomologia Aedes aegypti**. Sobral, 2014.

SOBRAL. Disponível em : <http://www.sobral.ce.gov.br/site_novo/index.php/a-cidade/historia>. Acessado em 09 de Agosto de 2014

[SOBRAL](#). Prefeitura municipal de sobral: secretaria da saúde e ação social. plano municipal [de Prevenção e Controle da Dengue](#). 2012

Agradecimentos

Agradecemos à coordenadora do Programa de Educação Pelo Trabalho (PET) Maria do Socorro Carneiro Linhares. Também agradecemos ao nosso preceptor e diretor do Centro de Zoonoses de Sobral Raimundo Vieira Dias, como também a nossa tutora e orientadora Rebeca Sales Viana.

TUBERCULOSE ENTRE OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE, ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIÇÃO DOS RISCOS OCUPACIONAIS: PROMOVEDO SAÚDE NO TRABALHO.

Daniela Furtado Rodrigues de Andrade (apresentador) – Universidade Federal do Piauí, email: daniela.furtado@outlook.com

Isabela Ribeiro de Sá Guimarães Nolêto – Universidade Federal do Piauí

Giselle Mary Ibiapina Brito – Universidade Federal do Piauí

Maria do Rosário Conceição Moura Nunes – Universidade Federal do Piauí

Palavras-chave: Tuberculose. Teste tuberculínico. Profissionais da saúde. Prevenção. Promoção da saúde.

Resumo

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, representando na atualidade, um dos grandes problemas de saúde pública nos países de terceiro mundo. A doença, segundo o Ministério da Saúde (MS), é a principal causa mundial de morte por doenças infecciosas em adultos. **Objetivo:** Este trabalho objetivou investigar, na literatura científica pertinente, a importância do desenvolvimento de práticas que promovam a segurança dos profissionais de saúde e diminuam os riscos de infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão sistemática que utiliza como fontes de dados a literatura sobre um determinado tema. **Resultados e Discussão:** Profissionais da área de saúde são considerados um grupo de alto risco para TB, apresentando uma incidência maior do que em outras categorias profissionais. Os fatores envolvidos na ocorrência da transmissão de tuberculose para profissionais da saúde incluem procedimentos na abordagem de pacientes, o controle das características ambientais, as atividades desenvolvidas pelos profissionais e o acompanhamento do estado de saúde dos mesmos. Além das intervenções voltadas para a capacitação e sensibilização dos profissionais, os mesmos têm que se reconhecer como um grupo que corre alto risco de infecção por TB, e devem lutar por melhores condições de trabalho e local de trabalho, sem prejudicar a atividade desenvolvida. **Conclusão:** Apesar da efetividade da campanha de imunização, torna-se necessário a adoção de medidas que busquem acompanhar constantemente o profissional e a realização de atividades que busquem sensibilizá-los quanto ao uso correto e frequente dos EPIs.

Introdução

A tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, representando na atualidade, um dos grandes problemas de saúde pública nos países de terceiro mundo. A doença, segundo o Ministério da Saúde (MS), é a principal causa mundial de morte por doenças infecciosas em adultos. Em 2005, registraram-se no mundo 8,9 milhões de casos novos dessa doença e cerca de 1,6 milhões de mortes (GONÇALVES, 2009).

A disseminação do *Mycobacterium tuberculosis* ocorre pelas partículas aéreas geradas pela tosse ou espirro de pessoas com tuberculose pulmonar ou laríngea. Essas minúsculas partículas infecciosas, podem permanecer suspensas no ar por longos períodos de tempo e ser transportadas através de correntes de ar, podendo atingir os alvéolos pulmonares de pessoas suscetíveis e causar infecção ou doença. O risco para uma pessoa tornar-se infectada depende da concentração de partículas no ar e da duração da exposição ao ar contaminado. Após a contaminação a pessoa pode permanecer infectada por vários anos ou para o resto da vida, a menos que seja tratada. Apenas 5% a 10% das pessoas infectadas desenvolverão a doença clínica. A maioria permanece assintomática, e a única evidência da infecção é o teste tuberculínico positivo (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2005).

Em estudo multicêntrico brasileiro, identificou-se alto risco ocupacional para tuberculose com taxa de prova tuberculínica positiva de 63,1%, que foi associada à ausência de medidas de biossegurança nos hospitais, revelando o alto risco ocupacional de infecção dos profissionais de saúde, principalmente entre enfermeiros (DUARTE, 2009).

A transmissão da tuberculose é um problema real que implica reflexão quanto às medidas de controle de infecção adotadas no desempenho diário das diversas funções dos profissionais de saúde. Dessa forma, torna-se imprescindível a utilização de estratégias para a prevenção da tuberculose, através da detecção da funcionalidade da vacina, a partir da prova tuberculínica, em profissionais e estudantes da área de saúde, e, também, capacitações constantes que demonstrem a importância da utilização dos EPIs, seguindo as normas de biossegurança preconizadas para tuberculose (SECRETARIA DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2010).

Assim, com a finalidade de fundamentar a importância da prevenção da tuberculose, este estudo objetivou investigar, na literatura científica pertinente, a importância do desenvolvimento de práticas que promovam a segurança dos profissionais de saúde e diminuam os riscos de infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*.

Metodologia

Trata-se de uma revisão sistemática que utiliza como fontes de dados a literatura sobre um determinado tema. Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada (SAMPAIO, 2007).

É constituída por três etapas preliminares, sendo elas: definir o objetivo da revisão, identificar a literatura e selecionar os estudos possíveis de serem incluídos (SAMPAIO, 2007).

Dessa forma, a pesquisa partiu do objetivo: fundamentar a importância da prevenção da tuberculose, este estudo objetivou investigar, na literatura científica pertinente, a importância do desenvolvimento de práticas que promovam a segurança dos profissionais de saúde e diminuam os riscos de infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*.

A coleta de dados ocorreu no período janeiro a agosto de 2014, por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “tuberculose” (and) “teste tuberculínico” (and) “prevenção” (and) “profissionais da saúde”. O cruzamento entre os descritores resultou em 59 publicações, das quais 14 obedeceram aos critérios de inclusão e exclusão. Os critérios para inclusão foram: artigos publicados na íntegra online, acessado por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Scielo, publicados no período de janeiro de 2002 a julho de 2014, em qualquer idioma.

Resultados e Discussão

Estimativas do Ministério da Saúde mostram que foram notificados, no Brasil em 2010, 71 mil casos de tuberculose, com um índice de mortalidade de 4,8 mil mortes por ano. O país encontra-se em 19º em número de casos da doença e em 108º em taxa de incidência. A tuberculose destaca-se como a 3ª causa de morte entre as doenças infecciosas e a 1ª causa de morte dos pacientes com AIDS (BRASIL, 2011).

Segundo dados do serviço de vigilância em saúde, o Brasil, encontra-se com uma taxa de incidência de 37,9 casos por 100.000 mil habitantes e uma taxa de mortalidade de 2,5 mortes por 100.000 habitantes. Apresenta maior taxa de incidência entre homens em relação às mulheres, e maior número de casos na faixa etária de maior produtividade da população. O estado brasileiro com maior taxa de incidência da doença é o Rio de Janeiro com um percentual de 71,8 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2011).

A perspectiva de controle ou erradicação da tuberculose desde a descoberta de medicamentos eficazes no seu tratamento fez com que, no decorrer dos anos, menos fosse investido em pesquisa sobre ela e novas drogas contra o *Mycobacterium tuberculosis*. (BLOOM; MURRAY, 1992). Paralelamente a isso, o mundo testemunhou a deterioração dos serviços de saúde que incluiu a diminuição de verbas destinadas para programas que visavam o controle da doença (MACIEL *et al*, 2005).

Saleiro e colaboradores (2007) afirmam que a TB pode ser considerada um grave problema de saúde pública na sociedade, igualmente preocupante entre os profissionais de saúde (PAS) que, pelas várias condições de trabalho em que exercem suas atividades tendo contato direto com o paciente, exposição a aerossóis e ventilação inadequada de espaços, estão particularmente expostos a risco de contágio. Sendo a transmissão nosocomial da tuberculose um problema real, que necessita de adesão e mudanças nas medidas de controle da infecção adotadas na vivência diária que os profissionais de saúde desempenham nas suas funções.

Profissionais da área de saúde são considerados um grupo de alto risco para TB, apresentando uma incidência maior do que em outras categorias profissionais. Os fatores envolvidos na ocorrência da transmissão de tuberculose para profissionais da saúde incluem procedimentos na abordagem de pacientes, o controle das características ambientais, as atividades desenvolvidas pelos profissionais e o acompanhamento do estado de saúde dos mesmos. Recentemente, foram relatados surtos de TB em hospitais, alguns deles por cepas multidrogas resistentes. Países com baixa prevalência têm relatado surtos em grupos de pacientes e PAS. Segundo o Guia de vigilância epidemiológica (2011) orienta-se que PAS não-reatores ao teste tuberculínico intradérmico devam ser vacinados.

Dois estudos realizados em Vitória avaliaram a prevalência de teste tuberculínico positivo em discentes da área da saúde. No primeiro estudo, os resultados obtidos indicam que os estudantes de enfermagem são um grupo de risco para a infecção por TB. No segundo estudo, houve uma mudança significativa na frequência de reatividade ao teste tuberculínico no grupo de estudantes de enfermagem (20,3%) e medicina (18,4%) em comparação ao grupo de estudantes de economia (6%; $p < 0,001$). Como esperado, os alunos de medicina e enfermagem têm mais conhecimento sobre a TB que os de economia ($p < 0,001$). Esses dados sugerem que a incidência da infecção pelo *M. tuberculosis* em estudantes de enfermagem e medicina no Brasil com alta endemicidade de TB, não difere de países com baixa incidência da doença (MACIEL *et al*, 2005).

De acordo com Prado *et al* (2008), em um trabalho realizado entre 2002 e 2006 identificaram-se 25 casos notificados de profissionais de saúde com TB. Destes, 8 (32%) eram técnicos de enfermagem; 4 (16%) eram médicos; 3 (12%), enfermeiros; 2 (8%), técnicos em radiologia; e 8 (32%), de outras categorias. A forma clínica predominante foi a extrapulmonar, com 12 casos (48%), seguida da pulmonar, com 11 (44%), e 2 (8%), com ambas as manifestações. A proporção de profissionais de saúde com diagnóstico de TB no período estudado foi de 2,53%. Os resultados deste estudo apontaram para a necessidade da incorporação das normas de biossegurança preconizadas pelo programa de controle da TB nos serviços de saúde.

No Brasil, algumas escolas de medicina optam por não vacinar seus alunos e sim realizar o TT-ID (Teste Tuberculínico Intra-dérmico) anual nos estudantes; constatada a viragem tuberculínica, indicam a quimioprofilaxia com isoniazida (INH). Essa estratégia é eficaz contra o desenvolvimento da doença por bacilo sensível à INH, mas tem limitações em vista de problemas advindos da reduzida aderência ao uso da INH durante 6 meses, por PAS, além da hepatotoxicidade da droga. Além disso, não está comprovada sua eficácia para comunicantes de indivíduos sabidamente portadores de TB (LOTTE, 1995). Nos EUA, a preocupação com a emergência da TB levou o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) a recomendar a vacinação de PAS não-reatores ao TT-ID e que apresentarem exposição a indivíduos portadores de TB, quando não estiverem disponíveis, na sua totalidade, os meios físicos de proteção individual (HESSELING, 2003).

A medida de controle utilizada, no Brasil, é a vacina BCG que é recomendada ao nascer, além disso, existem recomendações como: o diagnóstico precoce, o tratamento de casos de TB e quimioprofilaxia dos contatos.

No Brasil, resultados de um estudo sobre a revacinação de estudantes escolares em duas capitais do país, Salvador e Manaus, mostraram ausência de proteção da segunda dose de BCG para TB pulmonar e, como consequência, recomendaram a suspensão dessa prática. No Japão, estudo sobre a segunda dose da vacina BCG concluiu que, naquele país, a política de revacinação foi uma estratégia ineficiente de prevenção, considerando a baixa prevalência de TB, os custos estimados e a evidência de ausência de proteção conferida pela segunda dose (OLIVEIRA *et al*, 2011).

O teste utilizado no diagnóstico de infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*, é o teste tuberculínico ou prova tuberculínica (PT) que identifica a existência de uma resposta imunológica adaptativa de memória contra os antígenos micobacterianos.

O teste vem sendo usado para investigar contato de indivíduos com TB ativa, especialmente crianças. O ministério da saúde do Brasil preconiza a realização do teste tuberculínico com 0,1 mL do PPD RT23 por via intradérmica, de preferência no terço médio anterior do antebraço, segundo a técnica de Mantoux. O Ministério da saúde brasileiro recomenda que os profissionais que apresentarem a PT negativa devam ser revacinados. (MACIEL *et al*, 2009).

Se tratando de um agente biológico, outro fator importante para a prevenção da transmissão da tuberculose para os profissionais de saúde é o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), segundo a NR 32, publicada na Portaria nº485 em 11 de novembro de 2005, todos os trabalhadores sujeitos a exposição a agentes biológicos, devem fazer uso de vestimentas adequadas e que possibilitem conforto. Porém, fica a cargo do empregador fornecer e fiscalizar o uso dos EPIs (TEIXEIRA E OLIVEIRA, 2011).

Como afirma o estudo de Teixeira e Oliveira, 2011, por não fazerem parte dos programas de controle da doença, os gestores das instituições continuam a frente das medidas de biossegurança, e se não forem estabelecidas de maneira correta, dificultam o manejo e controle do *Mycobacterium tuberculosis*. Deve-se sempre lembrar que as instituições de saúde são espaços que assegurem não somente a saúde do paciente, como também a do profissional, a adesão e o uso correto dos EPIs pelos profissionais da saúde devem ser promovidos através de encontros permanentes que visem instruir e sensibilizar o profissional quanto à importância do uso desses equipamentos para a diminuição dos índices de contaminação pelo *Mycobacterium tuberculosis* (LORENZI E OLIVEIRA, 2008).

Além das intervenções voltadas para a capacitação e sensibilização dos profissionais, os mesmos tem que se reconhecer como um grupo que corre alto risco de infecção por TB, e devem lutar por melhores condições de trabalho e local de trabalho, sem prejudicar a atividade desenvolvida (TEIXEIRA E OLIVEIRA, 2011).

Conclusão

Percebeu-se a importância da adoção de medidas de imunização para o combate a transmissão da tuberculose, doença considerada um grande problema de saúde pública, e destacou-se os riscos ocupacionais aos quais os profissionais da saúde estão sujeitos, podendo frequentemente entrar em contato com o *Mycobacterim tuberculosis*, porém, apesar da efetividade da campanha de imunização, torna-se necessário a adoção de medidas que busquem acompanhar constantemente o profissional através da realização de estratégias para prevenção como a prova tuberculínica, que, quando negativa, o profissional deve ser revacinado, e capacitações que busquem sensibilizá-los quanto ao uso correto e frequente dos EPIs.

Referências

BLOOM B.R., MURRAY C.J.L. **Tuberculosis: commentary on a reemergent killer**. Science, 1992; 257: 1055-64.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Situação da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BARREIRA, D.GRANGEIRO, A. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. **Revista Saúde Pública**. 2007, vo. 41,

n. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/apresentacao.pdf>. Acesso em: 06 de jun de 2014.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Guidelines for preventing the transmission of Mycobacterium tuberculosis in health-care settings**, 2005. MMWR 2005; 54:1-141.

DUARTE, Raquel. Teste tuberculínico. Como otimizar?. **Rev Port Pneumol [online]**. 2009, vol.15, n.2, pp. 295-304. ISSN 0873-2159.

GONÇALVES B.D. **Perfil epidemiológico da exposição à tuberculose em um hospital universitário: uma proposta de monitoramento da doença [dissertação]**. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; 2009.

HESSELING A.C., SCHAAF H.S., HANEKOM W.A., BEYERS N., COTTON M.F., GIE R.P., et al. Danish bacille Calmette-Guérin vaccine-induced disease in human immunodeficiency virus-infected children. **Clin Infect Dis**. 2003, vol. 37, n. 9, pp.1226-33. Disponível em: < <http://cid.oxfordjournals.org/content/37/9/1226.short>>. Acesso em: 14 de jun de 2014.

LORENZI, Ricardo Luiz, OLIVEIRA, Ivone Martini de. Tuberculose em trabalhadores de enfermagem: uma abordagem epidemiológica de base populacional. **Rev. bras. saúde ocup. [online]**. 2008, vol.33, n.117, pp. 6-14. ISSN 0303-7657. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572008000100002>. Acesso em: 13 de jun de 2014.

LOTTE A., WASZ-HOCKERT O., POISSON N., DUMITRESCU N., VERRON M., COUVET E. BCG complications: estimates of risks among vaccinated subjects and statistical analysis of their main characteristics. **Adv Tuberc Res**. 1995, vol. 21, pp.107-93.

MACIEL E.L, VIANA M.C., ZEITOUNE R.C., FERREIRA I., FREGONA G., DIETZE R. Prevalence and incidence of Mycobacterium tuberculosis infection in nursing students in Vitoria, Espírito Santo. **Rev Soc Bras Med Trop**. 2005, vol. 38, n. 6, pp. 469-72.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **NR 32 – Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde**. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. DOU de 11/11/2005

MOREIRA, M.A.C., NÁPOLE, R.G., SILVA, V.N. Perfil da resposta à prova tuberculínica em Estudantes de enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**.2007, vol. 15, n. 3, pp. 387-92.

PRADO T.N., GALAVOTE H.S., FREGONA G., DETTONI V.V., LIMA R.C.D., MACIEL E.L.N. Perfil epidemiológico dos casos notificados de tuberculose entre os profissionais de saúde no Hospital Universitário em Vitória (ES) Brasil. **J Bras Pneumol**. 2008, vol. 8, pp. 607-613. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132008000800011&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 de jun de 2014.

SALEIRO, S; SANTOS, A.R; VIDAL, O; CARVALHO, T; COSTA, J.T; MARQUES, J.A. Tuberculose em profissionais de saúde de um serviço hospitalar. **Revista Portuguesa de Pneumologia**, vol XIII, nº 8, novembro/dezembro, 2007.

SAMPAIO, R.F., MANCINI M.C. Estudos de revisão sistemática: um guia para a síntese criteriosa da evidencia científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. 2007, vol. 11, n. 1, pp. 83-89.

SECRETARIA DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Divisão de Tuberculose. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. **Mudanças no tratamento da tuberculose**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2010.

SOARES, L. C. P.; MELLO, FERNANDA, C. Q., KRITSKI, A.L. Prevalência da prova tuberculínica positiva entre alunos da Faculdade de

Medicina de Campos (RJ). **J. bras. pneumol. [online]**. 2004, vol.30, n.4, pp. 350-357. ISSN 1806-3713. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132004000400009&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 de jun de 2014.

TEIXEIRA, E.R.V; OLIVEIRA, I.R.S. **Tuberculose: doença ocupacional nos profissionais de saúde**. Faculdade Redentor. Três Rios, RJ. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control - surveillance, planning, financing**. Who Report 2006. Geneva, 2006.

Agradecimentos

Agradecemos a todos que contribuíram de alguma forma para a realização deste estudo.

TUBERCULOSE ENTRE OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE, ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIÇÃO DOS RISCOS OCUPACIONAIS: PROMOVENDO SAÚDE NO TRABALHO.

Daniela Furtado Rodrigues de Andrade (apresentador) – Universidade Federal do Piauí, email: daniela.furtado@outlook.com

Isabela Ribeiro de Sá Guimarães Nolêto – Universidade Federal do Piauí

Giselle Mary Ibiapina Brito – Universidade Federal do Piauí

Maria do Rosário Conceição Moura Nunes – Universidade Federal do Piauí

Palavras-chave: Tuberculose. Teste tuberculínico. Profissionais da saúde. Prevenção. Promoção da saúde.

Resumo

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, representando na atualidade, um dos grandes problemas de saúde pública nos países de terceiro mundo. A doença, segundo o Ministério da Saúde (MS), é a principal causa mundial de morte por doenças infecciosas em adultos. **Objetivo:** Este trabalho objetivou investigar, na literatura científica pertinente, a importância do desenvolvimento de práticas que promovam a segurança dos profissionais de saúde e diminuam os riscos de infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão sistemática que utiliza como fontes de dados a literatura sobre um determinado tema. **Resultados e Discussão:** Profissionais da área de saúde são considerados um grupo de alto risco para TB, apresentando uma incidência maior do que em outras categorias profissionais. Os fatores envolvidos na ocorrência da transmissão de tuberculose para profissionais da saúde incluem procedimentos na abordagem de pacientes, o controle das características ambientais, as atividades desenvolvidas pelos profissionais e o acompanhamento do estado de saúde dos mesmos. Além das intervenções voltadas para a capacitação e sensibilização dos profissionais, os mesmos têm que se reconhecer como um grupo que corre alto risco de infecção por TB, e devem lutar por melhores condições de trabalho e local de trabalho, sem prejudicar a atividade desenvolvida. **Conclusão:** Apesar da efetividade da campanha de imunização, torna-se necessário a adoção de medidas que busquem acompanhar constantemente o profissional e a realização de atividades que busquem sensibilizá-los quanto ao uso correto e frequente dos EPIs.

Introdução

A tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, representando na atualidade, um dos grandes problemas de saúde pública nos países de terceiro mundo. A doença, segundo o Ministério da Saúde (MS), é a principal causa mundial de morte por doenças infecciosas em adultos. Em 2005, registraram-se no mundo 8,9 milhões de casos novos dessa doença e cerca de 1,6 milhões de mortes (GONÇALVES, 2009).

A disseminação do *Mycobacterium tuberculosis* ocorre pelas partículas aéreas geradas pela tosse ou espirro de pessoas com tuberculose pulmonar ou laríngea. Essas minúsculas partículas infecciosas, podem permanecer suspensas no ar por longos períodos de tempo e ser transportadas através de correntes de ar, podendo atingir os alvéolos pulmonares de pessoas suscetíveis e causar infecção ou doença. O risco para uma pessoa tornar-se infectada depende da concentração de partículas no ar e da duração da exposição ao ar contaminado. Após a contaminação a pessoa pode permanecer infectada por vários anos ou para o resto da vida, a menos que seja tratada. Apenas 5% a 10% das pessoas infectadas desenvolverão a doença clínica. A maioria permanece assintomática, e a única evidência da infecção é o teste tuberculínico positivo (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2005).

Em estudo multicêntrico brasileiro, identificou-se alto risco ocupacional para tuberculose com taxa de prova tuberculínica positiva de 63,1%, que foi associada à ausência de medidas de biossegurança nos hospitais, revelando o alto risco ocupacional de infecção dos profissionais de saúde, principalmente entre enfermeiros (DUARTE, 2009).

A transmissão da tuberculose é um problema real que implica reflexão quanto às medidas de controle de infecção adotadas no desempenho diário das diversas funções dos profissionais de saúde. Dessa forma, torna-se imprescindível a utilização de estratégias para a prevenção da tuberculose, através da detecção da funcionalidade da vacina, a partir da prova tuberculínica, em profissionais e estudantes da área de saúde, e, também, capacitações constantes que demonstrem a importância da utilização dos EPIs, seguindo as normas de biossegurança preconizadas para tuberculose (SECRETARIA DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2010).

Assim, com a finalidade de fundamentar a importância da prevenção da tuberculose, este estudo objetivou investigar, na literatura científica pertinente, a importância do desenvolvimento de práticas que promovam a segurança dos profissionais de saúde e diminuam os riscos de infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*.

Metodologia

Trata-se de uma revisão sistemática que utiliza como fontes de dados a literatura sobre um determinado tema. Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada (SAMPAIO, 2007).

É constituída por três etapas preliminares, sendo elas: definir o objetivo da revisão, identificar a literatura e selecionar os estudos possíveis de serem incluídos (SAMPAIO, 2007).

Dessa forma, a pesquisa partiu do objetivo: fundamentar a importância da prevenção da tuberculose, este estudo objetivou investigar, na literatura científica pertinente, a importância do desenvolvimento de práticas que promovam a segurança dos profissionais de saúde e diminuam os riscos de infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*.

A coleta de dados ocorreu no período janeiro a agosto de 2014, por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “tuberculose” (and) “teste tuberculínico” (and) “prevenção” (and) “profissionais da saúde”. O cruzamento entre os descritores resultou em 59 publicações, das quais 14 obedeceram aos critérios de inclusão e exclusão. Os critérios para inclusão foram: artigos publicados na íntegra online, acessado por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Scielo, publicados no período de janeiro de 2002 a julho de 2014, em qualquer idioma.

Resultados e Discussão

Estimativas do Ministério da Saúde mostram que foram notificados, no Brasil em 2010, 71 mil casos de tuberculose, com um índice de mortalidade de 4,8 mil mortes por ano. O país encontra-se em 19º em número de casos da doença e em 108º em taxa de incidência. A tuberculose destaca-se como a 3ª causa de morte entre as doenças infecciosas e a 1ª causa de morte dos pacientes com AIDS (BRASIL, 2011).

Segundo dados do serviço de vigilância em saúde, o Brasil, encontra-se com uma taxa de incidência de 37,9 casos por 100.000 mil habitantes e uma taxa de mortalidade de 2,5 mortes por 100.000 habitantes. Apresenta maior taxa de incidência entre homens em relação às mulheres, e maior número de casos na faixa etária de maior produtividade da população. O estado brasileiro com maior taxa de incidência da doença é o Rio de Janeiro com um percentual de 71,8 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2011).

A perspectiva de controle ou erradicação da tuberculose desde a descoberta de medicamentos eficazes no seu tratamento fez com que, no decorrer dos anos, menos fosse investido em pesquisa sobre ela e novas drogas contra o *Mycobacterium tuberculosis*. (BLOOM; MURRAY, 1992). Paralelamente a isso, o mundo testemunhou a deterioração dos serviços de saúde que incluiu a diminuição de verbas destinadas para programas que visavam o controle da doença (MACIEL *et al*, 2005).

Saleiro e colaboradores (2007) afirmam que a TB pode ser considerada um grave problema de saúde pública na sociedade, igualmente preocupante entre os profissionais de saúde (PAS) que, pelas várias condições de trabalho em que exercem suas atividades tendo contato direto com o paciente, exposição a aerossóis e ventilação inadequada de espaços, estão particularmente expostos a risco de contágio. Sendo a transmissão nosocomial da tuberculose um problema real, que necessita de adesão e mudanças nas medidas de controle da infecção adotadas na vivência diária que os profissionais de saúde desempenham nas suas funções.

Profissionais da área de saúde são considerados um grupo de alto risco para TB, apresentando uma incidência maior do que em outras categorias profissionais. Os fatores envolvidos na ocorrência da transmissão de tuberculose para profissionais da saúde incluem procedimentos na abordagem de pacientes, o controle das características ambientais, as atividades desenvolvidas pelos profissionais e o acompanhamento do estado de saúde dos mesmos. Recentemente, foram relatados surtos de TB em hospitais, alguns deles por cepas multidrogas resistentes. Países com baixa prevalência têm relatado surtos em grupos de pacientes e PAS. Segundo o Guia de vigilância epidemiológica (2011) orienta-se que PAS não-reatores ao teste tuberculínico intradérmico devam ser vacinados.

Dois estudos realizados em Vitória avaliaram a prevalência de teste tuberculínico positivo em discentes da área da saúde. No primeiro estudo, os resultados obtidos indicam que os estudantes de enfermagem são um grupo de risco para a infecção por TB. No segundo estudo, houve uma mudança significativa na frequência de reatividade ao teste tuberculínico no grupo de estudantes de enfermagem (20,3%) e medicina (18,4%) em comparação ao grupo de estudantes de economia (6%; $p < 0,001$). Como esperado, os alunos de medicina e enfermagem têm mais conhecimento sobre a TB que os de economia ($p < 0,001$). Esses dados sugerem que a incidência da infecção pelo *M. tuberculosis* em estudantes de enfermagem e medicina no Brasil com alta endemicidade de TB, não difere de países com baixa incidência da doença (MACIEL *et al*, 2005).

De acordo com Prado *et al* (2008), em um trabalho realizado entre 2002 e 2006 identificaram-se 25 casos notificados de profissionais de saúde com TB. Destes, 8 (32%) eram técnicos de enfermagem; 4 (16%) eram médicos; 3 (12%), enfermeiros; 2 (8%), técnicos em radiologia; e 8 (32%), de outras categorias. A forma clínica predominante foi a extrapulmonar, com 12 casos (48%), seguida da pulmonar, com 11 (44%), e 2 (8%), com ambas as manifestações. A proporção de profissionais de saúde com diagnóstico de TB no período estudado foi de 2,53%. Os resultados deste estudo apontaram para a necessidade da incorporação das normas de

biossegurança preconizadas pelo programa de controle da TB nos serviços de saúde.

No Brasil, algumas escolas de medicina optam por não vacinar seus alunos e sim realizar o TT-ID (Teste Tuberculínico Intra-dérmico) anual nos estudantes; constatada a viragem tuberculínica, indicam a quimioprofilaxia com isoniazida (INH). Essa estratégia é eficaz contra o desenvolvimento da doença por bacilo sensível à INH, mas tem limitações em vista de problemas advindos da reduzida aderência ao uso da INH durante 6 meses, por PAS, além da hepatotoxicidade da droga. Além disso, não está comprovada sua eficácia para comunicantes de indivíduos sabidamente portadores de TB (LOTTE, 1995). Nos EUA, a preocupação com a emergência da TB levou o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) a recomendar a vacinação de PAS não-reatores ao TT-ID e que apresentarem exposição a indivíduos portadores de TB, quando não estiverem disponíveis, na sua totalidade, os meios físicos de proteção individual (HESSELING, 2003).

A medida de controle utilizada, no Brasil, é a vacina BCG que é recomendada ao nascer, além disso, existem recomendações como: o diagnóstico precoce, o tratamento de casos de TB e quimioprofilaxia dos contatos.

No Brasil, resultados de um estudo sobre a revacinação de estudantes escolares em duas capitais do país, Salvador e Manaus, mostraram ausência de proteção da segunda dose de BCG para TB pulmonar e, como consequência, recomendaram a suspensão dessa prática. No Japão, estudo sobre a segunda dose da vacina BCG concluiu que, naquele país, a política de revacinação foi uma estratégia ineficiente de prevenção, considerando a baixa prevalência de TB, os custos estimados e a evidência de ausência de proteção conferida pela segunda dose (OLIVEIRA *et al*, 2011).

O teste utilizado no diagnóstico de infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*, é o teste tuberculínico ou prova tuberculínica (PT) que identifica a existência de uma resposta imunológica adaptativa de memória contra os antígenos micobacterianos.

O teste vem sendo usado para investigar contato de indivíduos com TB ativa, especialmente crianças. O ministério da saúde do Brasil preconiza a realização do teste tuberculínico com 0,1 mL do PPD RT23 por via intradérmica, de preferência no terço médio anterior do antebraço, segundo a técnica de Mantoux. O Ministério da saúde brasileiro recomenda que os profissionais que apresentarem a PT negativa devam ser revacinados. (MACIEL *et al*, 2009).

Se tratando de um agente biológico, outro fator importante para a prevenção da transmissão da tuberculose para os profissionais de saúde é o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), segundo a NR 32, publicada na Portaria nº485 em 11 de novembro de 2005, todos os trabalhadores sujeitos a exposição a agentes biológicos, devem fazer uso de vestimentas adequadas e que possibilitem conforto. Porém, fica a cargo do empregador fornecer e fiscalizar o uso dos EPIs (TEIXEIRA E OLIVEIRA, 2011).

Como afirma o estudo de Teixeira e Oliveira, 2011, por não fazerem parte dos programas de controle da doença, os gestores das instituições continuam a frente das medidas de biossegurança, e se não forem estabelecidas de maneira correta, dificultam o manejo e controle do *Mycobacterium tuberculosis*. Deve-se sempre lembrar que as instituições de saúde são espaços que assegurem não somente a saúde do paciente, como também a do profissional, a adesão e o uso correto dos EPIs pelos profissionais da saúde devem ser promovidos através de encontros permanentes que visem instruir e sensibilizar o profissional quanto à importância do uso desses equipamentos para a diminuição dos índices de contaminação pelo *Mycobacterium tuberculosis* (LORENZI E OLIVEIRA, 2008).

Além das intervenções voltadas para a capacitação e sensibilização dos profissionais, os mesmos tem que se reconhecer como um grupo que corre alto risco de infecção por TB, e devem lutar por melhores condições de trabalho e local de trabalho, sem prejudicar a atividade desenvolvida (TEIXEIRA E OLIVEIRA, 2011).

Conclusão

Percebeu-se a importância da adoção de medidas de imunização para o combate a transmissão da tuberculose, doença considerada um grande problema de saúde pública, e destacou-se os riscos ocupacionais aos quais os profissionais da saúde estão sujeitos, podendo frequentemente entrar em contato com o *Mycobacterim tuberculosis*, porém, apesar da efetividade da campanha de imunização, torna-se necessário a adoção de medidas que busquem acompanhar constantemente o profissional através da realização de estratégias para prevenção como a prova tuberculínica, que, quando negativa, o profissional deve ser revacinado, e capacitações que busquem sensibilizá-los quanto ao uso correto e frequente dos EPIs.

Referências

BLOOM B.R., MURRAY C.J.L. **Tuberculosis: commentary on a reemergent killer**. Science, 1992; 257: 1055-64.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Situação da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BARREIRA, D. GRANGEIRO, A. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. **Revista Saúde Pública**. 2007, vo. 41, n. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/apresentacao.pdf>. Acesso em: 06 de jun de 2014.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Guidelines for preventing the transmission of Mycobacterium tuberculosis in health-care settings**, 2005. MMWR 2005; 54:1-141.

DUARTE, Raquel. Teste tuberculínico. Como otimizar?. **Rev Port Pneumol [online]**. 2009, vol.15, n.2, pp. 295-304. ISSN 0873-2159.

GONÇALVES B.D. **Perfil epidemiológico da exposição à tuberculose em um hospital universitário: uma proposta de monitoramento da doença [dissertação]**. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; 2009.

HESSELING A.C., SCHAAF H.S., HANEKOM W.A., BEYERS N., COTTON M.F., GIE R.P., et al. Danish bacille Calmette-Guérin vaccine-induced disease in human immunodeficiency virus-infected children. **Clin Infect Dis**. 2003, vol. 37, n. 9, pp.1226-33. Disponível em: < <http://cid.oxfordjournals.org/content/37/9/1226.short>>. Acesso em: 14 de jun de 2014.

LORENZI, Ricardo Luiz, OLIVEIRA, Ivone Martini de. Tuberculose em trabalhadores de enfermagem: uma abordagem epidemiológica de base populacional. **Rev. bras. saúde ocup. [online]**. 2008, vol.33, n.117, pp. 6-14. ISSN 0303-7657. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572008000100002>. Acesso em: 13 de jun de 2014.

LOTTE A., WASZ-HOCKERT O., POISSON N., DUMITRESCU N., VERRON M., COUVET E. BCG complications: estimates of risks among vaccinated subjects and statistical analysis of their main characteristics. **Adv Tuberc Res**. 1995, vol. 21, pp.107-93.

MACIEL E.L., VIANA M.C., ZEITOUNE R.C., FERREIRA I., FREGONA G., DIETZE R. Prevalence and incidence of Mycobacterium tuberculosis infection in nursing students in Vitoria, Espírito Santo. **Rev Soc Bras Med Trop**. 2005, vol. 38, n. 6, pp. 469-72.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. NR 32 – Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. DOU de 11/11/2005

MOREIRA, M.A.C., NÁPOLE, R.G., SILVA, V.N. Perfil da resposta à prova tuberculínica em Estudantes de enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**. 2007, vol. 15, n. 3, pp. 387-92.

PRADO T.N., GALAVOTE H.S., FREGONA G., DETTONI V.V., LIMA R.C.D., MACIEL E.L.N. Perfil epidemiológico dos casos notificados de tuberculose entre os profissionais de saúde no Hospital Universitário em Vitória (ES) Brasil. **J Bras Pneumol**. 2008, vol. 8, pp. 607-613. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132008000800011&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 de jun de 2014.

SALEIRO, S; SANTOS, A.R; VIDAL, O; CARVALHO, T; COSTA, J.T; MARQUES, J.A. Tuberculose em profissionais de saúde de um serviço hospitalar. **Revista Portuguesa de Pneumologia**, vol XIII, nº 8, novembro/dezembro, 2007.

SAMPAIO, R.F., MANCINI M.C. Estudos de revisão sistemática: um guia para a síntese criteriosa da evidencia científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. 2007, vol. 11, n. 1, pp. 83-89.

SECRETARIA DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Divisão de Tuberculose. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. **Mudanças no tratamento da tuberculose**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2010.

SOARES, L. C. P.; MELLO, FERNANDA, C. Q., KRITSKI, A.L. Prevalência da prova tuberculínica positiva entre alunos da Faculdade de Medicina de Campos (RJ). **J. bras. pneumol. [online]**. 2004, vol.30, n.4, pp. 350-357. ISSN 1806-3713. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132004000400009&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 de jun de 2014.

TEIXEIRA, E.R.V; OLIVEIRA, I.R.S. **Tuberculose: doença ocupacional nos profissionais de saúde**. Faculdade Redentor. Três Rios, RJ. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control - surveillance, planning, financing**. Who Report 2006. Geneva, 2006.

Agradecimentos

Agradecemos a todos que contribuíram de alguma forma para a realização deste estudo.

TESTE DE TRIAGEM NEONATAL: CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA UNIDADE NEONATAL

Lucélia Rodrigues Afonso: Enfermeira. Especialista em Enfermagem Neonatal pela Universidade Federal do Ceará. Email: luceliarodrigues@yahoo.com.br

Maria da Glória Machado de Oliveira: Enfermeira Especialista em Enfermagem Neonatal pela Universidade Federal do Ceará. Email: Glorinha22@bol.com.br

Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro – Universidade Estadual do Ceará
Daniele Rocha de Farias Marques – Universidade Estadual do Ceará

Palavras-chaves: Triagem Neonatal; Enfermagem; Neonatologia.

Resumo

O Teste de Triagem Neonatal (TTN) conta de uma série de exames laboratoriais realizados a partir de uma amostra de sangue colhida em um papel filtro especial, realizada com a finalidade de rastrear, em um grupo específico de indivíduos com idade entre 0 e 30 dias de vida, doenças metabólicas, hematológicas, infecciosas e genéticas. A equipe de enfermagem tem participação importante e intransferível no Programa Nacional de Triagem Neonatal, porque é o profissional enfermeiro (a) quem mais tem contato com a clientela alvo que são a mãe e o recém nato. O estudo teve como objetivo identificar o conhecimento da equipe de enfermagem, acerca do Teste de Triagem Neonatal. Estudo do tipo descritivo-exploratório realizado em uma maternidade pública de grande porte, na unidade de terapia intensiva neonatal. A população foi composta por trinta profissionais de enfermagem que atuam na unidade de terapia intensiva neonatal. De acordo com a análise dos dados, observa-se que os profissionais de enfermagem da UTIN demonstraram pouco conhecimento a respeito da TN. Diante do exposto neste trabalho podemos refletir acerca de alguns fatores fundamentais que precisam ser reavaliados na prática de enfermagem na UTINEO. A partir deste estudo, deseja-se despertar nos profissionais de enfermagem, o interesse por uma melhor propagação da TN. Logo, as ações educativo-preventivas em torno dessa temática poderão contribuir para melhor divulgação das patologias referidas, já que como profissionais de saúde, o foco deve se nortear em torno do desenvolvimento de um sistema em que os provedores de cuidados sejam preparados para pensarem preventivamente.

Introdução

O Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), através da portaria nº 822 GM/MS, estabelecendo o direito de toda criança nascida em território nacional realizar a triagem neonatal (teste do pezinho), com o objetivo primordial de detectar algumas doenças que podem causar sequelas graves ao desenvolvimento. Dentre os principais objetivos do programa destaca-se a ampliação da gama de patologias triadas (Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Anemia Falciforme e outras Hemoglobinopatias e Fibrose Cística). De acordo com o Ministério da Saúde, a coleta deve ser efetuada com, no mínimo, 48 horas de alimentação proteica (amamentação) e não deve ser superior a 30 dias do nascimento, sendo o ideal que seja realizada entre o terceiro e o sétimo dia de vida do bebê. Pode-se, portanto concluir, que nas situações de hospitalização prolongada do neonato, a coleta também deve ser realizada não ultrapassando o período mencionado, haja vista os benefícios da prevenção de danos irreparáveis cujos sinais começam a aparecer geralmente após o primeiro mês de vida, dependendo da patologia relacionada. A equipe de enfermagem tem participação importante e intransferível no Programa Nacional de Triagem Neonatal, porque é o profissional de enfermagem quem mais tem contato com a clientela alvo que são a mãe e o recém nato. que em todo processo da triagem neonatal, a enfermagem é a principal mediadora entre a família e o encaminhamento do bebê ao tratamento precoce. Rastrear um RN significa identificar, dentro de uma população considerada normal, as crianças que estão em risco de desenvolver uma doença metabólica, de tal modo a lhes possibilitar/conferir a investigação acurada (confirmando ou excluindo) para a intervenção preventiva ou terapêutica em tempo hábil. De acordo com o exposto, o trabalho teve como objetivo identificar o conhecimento da equipe de enfermagem, acerca do Teste de Triagem Neonatal, tendo em vista que a coleta deverá ser realizada em tempo não inferior a 48 horas e não deverá ser superior a trinta dias, dificultando a instituição de tratamento em caso de resultado positivo, já que o tempo prolongado de internação nas unidades neonatais poderá interferir em um tempo de coleta adequado.

Metodologia

Para que se alcançasse o objetivo proposto, foi realizado um estudo descritivo-exploratório em uma maternidade de grande porte. A entrevista seguiu um roteiro contendo dados de identificação e questões abertas e fechadas contemplando o conhecimento do profissional de enfermagem sobre o teste de triagem neonatal. Os sujeitos foram abordados pelo pesquisador, informando sobre a pesquisa, e quanto à importância de sua participação, sendo entregue o termo de consentimento livre e esclarecido conforme as exigências da Resolução 146/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi avaliado pelo comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará - COMEPPE protocolo nº 130/12. Após parecer favorável do CEP e autorização da instituição, a coleta foi efetuada.

Resultados e Discussão

Os profissionais de enfermagem da Unidade Neonatal foram abordados de várias formas sobre o teste de triagem Neonatal e foi evidenciado o pouco conhecimento de enfermeiros e técnicos de enfermagem como mostramos a seguir.

Teste do pezinho e Triagem Neonatal

O termo triagem, que se origina do vocábulo francês triage, significa seleção, separação de um grupo, ou mesmo, escolha entre inúmeros elementos e define, em Saúde Pública, a ação primária dos programas de Triagem, ou seja, a detecção – através de testes aplicados numa população – de um grupo de indivíduos com probabilidade elevada de apresentarem determinadas patologias. Observou-se nas falas: “O que significa Triagem Neonatal?”; “O que? Triagem neonatal? O que é isso?”; “Triagem neonatal... É! Eu acho que deve ser para detectar algumas doenças não é?”; “Acho que deve ser alguma triagem que separa os meninos mais graves dos menos graves na neo (...)”.

Quando questionados sobre o que significa Triagem neonatal dos 30 profissionais entrevistados todos responderam de forma parcial ao questionamento. Sendo que foram utilizados por elas termos como: para detectar doenças neurológicas, para detectar alguma doença genética, para detectar doenças, para detectar síndromes, para detectar alguma patologia, para detectar alterações que podem ser corrigidas, é um teste para triar doenças enzimáticas, é um exame, serve para detectar doenças futuras, são prevenções de doenças que podem acometer o recém-nascido, serve para detectar patologias antes que se complique, isso pode ser evidenciado nas seguintes falas:” Para que serve o teste de Triagem Neonatal? (teste do pezinho)?”, “Para detectar doenças neurológicas/ fenilcetonúria(...)”.; “Exame de sangue realizado para detectar algumas doenças genéticas/congênicas(...)”.; “É um teste que além da fenilcetonúria também detecta outras doenças que são importantes e que quanto mais precocemente tratadas farão a diferença na vida destas pessoas(...)”.; “Para detectar doenças congênicas.”

Desde a década de 1960 a OMS preconiza a importância dos programas populacionais de Triagem Neonatal (TN) – para a prevenção de deficiência mental e agravos à saúde do recém-nascido (RN) (BRASIL, 2004). Leão, (2008) expressa que a TN tem que ser observada como algo mais do que

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

a realização de testes laboratoriais. Os profissionais da área devem entender a TN como um complexo de variáveis que vão desde a finalidade do teste, passando pelas doenças que estão incluídas, questões científicas e éticas até políticas públicas envolvidas. Nominalmente citada pelos enfermeiros foi a fenilcetonúria. Apesar do conteúdo de outras falas apresentarem coerência, se faria pertinente a demonstração de conteúdo mais conciso e claro.

Técnica correta para coleta do teste

Segundo Abreu (2011) a técnica correta de coleta das amostras de sangue para o “Teste do Pezinho” é um procedimento de enfermagem, estando o profissional ciente como e por que irá fazer a coleta, devendo seguir criteriosamente a técnica adequada. Você conhece a técnica para coleta do teste do pezinho?: “Sim, é uma coleta venosa nos prematuros.”; “Sim, lanceta apropriada, introduzida na região lateral do calcâneo(...)”; “Sim, é uma coleta realizada com uma lanceta no calcâneo por que é uma região bastante vascularizada, preenche todos os círculos do papel filtro identificado com o nome da mãe ou do RN, se já for registrado, adequadamente não deixando esborratar e nem faltar sangue, depois enviar para o laboratório não esquecendo de armazenar adequadamente em local seco e arejado(...)”; “Sim, colhe-se pequena quantidade de sangue do calcâneo(...)”; “Sim, na parte lateral do calcâneo(...)”; “Sim, é colhido 3 amostras no calcanhar do RN em um papel filtro e é enviado para análise(...)”.

Conhecimento acerca das doenças detectadas através do teste preconizadas pelo ministério da saúde

Segundo Santos (2009) o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) implantado no Brasil tem como objetivo, considerando cada fase de execução local, detectar doenças como fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, hemoglobinopatias e fibrose cística.

Você sabe quais as doenças detectadas no Teste do Pezinho que são preconizadas pelo Ministério da Saúde? Em caso de sim, cite-as: “Malformações e anomalias(...)”; “Down e policetonúria(...)”; “Hipotireoidismo e fenilcetonúria(...)”; “Anemia falciforme e hipotireoidismo(...)”.

O exame laboratorial realizado com a amostra de sangue coletado do recém-nascido detecta precocemente doenças metabólicas, genéticas e infecciosas, que poderão causar alterações no desenvolvimento neuropsicomotor do bebê. Esse exame é popularmente conhecido como “teste do pezinho”, pois a coleta do sangue é feita a partir de uma pequena punção no calcanhar do bebê (ABREU, 2011).

Conhecimento sobre as implicações que as doenças podem trazer para o recém-nascido

Para Luz, (2006) As doenças identificadas através do teste de triagem neonatal podem levar danos extremamente importantes para o recém-nascido. A fenilcetonúria causa retardo mental, o hipotireoidismo congênito pode causar retardo mental, retardo de desenvolvimento, surdez e outros, a fibrose cística causa pneumopatias, baixo desenvolvimento estrutural, esterilidade, e a anemia falciforme Anemia hemolítica, infecções recorrentes, obstrução de pequenos vasos. Quais são as implicações de cada uma dessas patologias no recém-nascido?: “Problemas no crescimento e desenvolvimento(...)”; “Problema a nível de sistema nervoso(...)”; “Problemas neurológicos, evita retardo(...)”; “Déficit no desenvolvimento e déficit neurológico(...)”; “Alterações importantes no sistema nervoso central(...)”; “Retardo mental.”; “Hipotireoidismo impede crescimento e desenvolvimento mental, fenilcetonúria retardo mental, anemia vários tipos de anemia(...)”; “Anemia e problema na tireoide”.

Enfermagem e orientações para os pais sobre a triagem neonatal

Em um estudo realizado com as mães de uma maternidade no interior do Paraná, Abreu, (2011) salienta que o profissional da saúde poderá informar ao público com segurança sobre o teste e suas etapas, bem como as implicações na família que as doenças detectadas podem ocasionar. Destacando-se a participação do profissional de enfermagem, o qual tem fundamental importância no PNTN, tendo em vista sua interação direta com a mãe e o recém-nascido.

Você costuma fazer orientações aos pais sobre a importância da coleta do teste de triagem neonatal (Teste do Pezinho)?: “Sim, faço orientações aos pais que tiverem condições de fazer na rede particular porque é melhor detecta mais doenças e quem não tem condições oriento ir ao posto de saúde(...)”; “Sim, falo da importância de prevenir as doenças(...)”.

A enfermeira focaliza o processo de aprendizagem e o processo de ensino, uma vez que a aprendizagem propicia o melhor caminho de individualização da informação a ser disseminada (SILVA, 2002). A legislação brasileira prevê a obrigatoriedade do exame por meio de leis que direta ou indiretamente regulamentam os testes de Triagem Neonatal. No Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990), o inciso III do artigo 10 é bem claro ao preconizar: “Proceder ao exame visando o diagnóstico e terapêuticas de anormalidades no metabolismo do recém-nascido, bem como prestar orientação aos pais”.

Busca ativa de resultados positivos e encaminhamento dos recém-nascidos com resultado positivo

Segundo Silva (2002), a perda de um caso positivo para os profissionais que trabalham no Programa representa não poder fazer o acompanhamento de uma criança que nasceu sem manifestações clínicas, mas portadora de uma doença sem cura, embora com possibilidades de evitar o surgimento do quadro clínico para que possa ter uma expectativa de qualidade de vida como a de qualquer outra criança.

Você sabe como é feito a busca ativa dos resultados positivos na Maternidade?: “A funcionária que colhe os exames liga para a família e faz o encaminhamento quando dá positivo.”; “Ao ser detectado positivo é chamada novamente a mãe do RN para fazer o teste ampliado no Hemoce por que esse teste não faz aqui na maternidade.”; “Para o Hemoce(...)”; “Para o ambulatório(...)”; “O laboratório envia fax entrando em contato com a instituição e a instituição entra em contato com a família para fazer o encaminhamento(...)”.

A busca ativa na maternidade onde realizou-se a pesquisa, é realizada pela técnica de enfermagem que faz a coleta dos testes de triagem neonatal, sendo que a própria funcionária, através de um FAX, recebe o resultado do laboratório para onde são enviados os exames. De posse do endereço e telefone das mães, é feito um contato com a família por meio de telefone solicitando o comparecimento da mãe da criança no hospital onde foi realizado o teste. Após isso é feito o encaminhamento para um Hospital Infantil da rede pública do Ceará, onde, as crianças com resultado positivo para alguma patologia identificada através do teste triagem neonatal são tratadas.

Conclusão

De acordo com os resultados, observa-se que os profissionais de enfermagem da UTIN demonstraram pouco conhecimento a respeito da Triagem Neonatal (TN), isto foi observado em muitos pontos considerados importantes para esta pesquisa. De um modo geral se mostraram hesitantes ao citar o significado de triagem neonatal, quais as patologias identificadas através do teste, período adequado para coleta do teste, bem como quais implicações que as patologias triadas ocasionam ao RN se não tratadas de imediato e ainda o seguimento que a criança deverá ter em caso de resultado positivo.

A transformação da prática de enfermagem é um desafio a ser enfrentado, pois depende ainda, de um cenário que valorize este profissional e proveja recursos necessários para que essa prática seja exercida com qualidade. A experiência profissional é um ponto crucial para uma boa qualidade no atendimento de enfermagem. As Unidades neonatais precisam de profissionais com experiência e bastante qualificados para um cuidado especializado. Nesse sentido, a qualidade da formação e as oportunidades na vida profissional estão relacionadas no desenvolvimento das habilidades que se constrói continuamente.

Com base nos dados expostos na presente pesquisa pode-se observar que a Triagem Neonatal ainda é um tema pouco assimilado pelos profissionais de enfermagem, não houve por parte dos mesmos uma verdadeira correlação entre triagem neonatal e teste do pezinho. A partir deste

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

estudo, deseja-se despertar nos profissionais de enfermagem, o interesse por uma melhor propagação da TN. Logo, as ações educativo-preventivas em torno dessa temática poderão contribuir para melhor divulgação das patologias referidas, já que como profissionais de saúde, o foco deve se nortear em torno do desenvolvimento de um sistema em que os provedores de cuidados sejam preparados para pensarem preventivamente sempre.

Referências

LÚCIO, I.M.L. Métodos Educativos Para a Prática do Teste do Reflexo Vermelho no Cuidado ao Recém- Nascido./Ingrid Martins Leite Lúcio.- Fortaleza, 2008.Tese(Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Fortaleza-Ce, 2008.

ANDRADE, R.F.V. et al. Conhecimento dos Enfermeiros Acerca do Manejo da Gestante com Exame de VDRL Reagente, DST - J bras Doenças Sex Transm 2011;23(4):188-193

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do programa nacional de triagem neonatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – 2ª. Ed. ampl. Brasília: 2004.

LEÃO L., AGUIAR M. Newborn screening: what pediatricians should know. J Pediatr. 2008

WONG, DL. Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005 .927 p.

TESTE DE TRIAGEM NEONATAL: CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA UNIDADE NEONATAL

Lucélia Rodrigues Afonso: Enfermeira. Especialista em Enfermagem Neonatal pela Universidade Federal do Ceará. Email: luceliarodrigues@yahoo.com.br

Maria da Glória Machado de Oliveira: Enfermeira Especialista em Enfermagem Neonatal pela Universidade Federal do Ceará. Email: Glorinha22@bol.com.br

Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro – Universidade Estadual do Ceará
Daniele Rocha de Farias Marques – Universidade Estadual do Ceará

Palavras-chaves: Triagem Neonatal; Enfermagem; Neonatologia.

Resumo

O Teste de Triagem Neonatal (TTN) conta de uma série de exames laboratoriais realizados a partir de uma amostra de sangue colhida em um papel filtro especial, realizada com a finalidade de rastrear, em um grupo específico de indivíduos com idade entre 0 e 30 dias de vida, doenças metabólicas, hematológicas, infecciosas e genéticas. A equipe de enfermagem tem participação importante e intransferível no Programa Nacional de Triagem Neonatal, porque é o profissional enfermeiro (a) quem mais tem contato com a clientela alvo que são a mãe e o recém nato. O estudo teve como objetivo identificar o conhecimento da equipe de enfermagem, acerca do Teste de Triagem Neonatal. Estudo do tipo descritivo-exploratório realizado em uma maternidade pública de grande porte, na unidade de terapia intensiva neonatal. A população foi composta por trinta profissionais de enfermagem que atuam na unidade de terapia intensiva neonatal. De acordo com a análise dos dados, observa-se que os profissionais de enfermagem da UTIN demonstraram pouco conhecimento a respeito da TN. Diante do exposto neste trabalho podemos refletir acerca de alguns fatores fundamentais que precisam ser reavaliados na prática de enfermagem na UTINEO. A partir deste estudo, deseja-se despertar nos profissionais de enfermagem, o interesse por uma melhor propagação da TN. Logo, as ações educativo-preventivas em torno dessa temática poderão contribuir para melhor divulgação das patologias referidas, já que como profissionais de saúde, o foco deve se nortear em torno do desenvolvimento de um sistema em que os provedores de cuidados sejam preparados para pensarem preventivamente.

Introdução

O Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), através da portaria nº 822 GM/MS, estabelecendo o direito de toda criança nascida em território nacional realizar a triagem neonatal (teste do pezinho), com o objetivo primordial de detectar algumas doenças que podem causar sequelas graves ao desenvolvimento. Dentre os principais objetivos do programa destaca-se a ampliação da gama de patologias triadas (Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Anemia Falciforme e outras Hemoglobinopatias e Fibrose Cística). De acordo com o Ministério da Saúde, a coleta deve ser efetuada com, no mínimo, 48 horas de alimentação proteica (amamentação) e não deve ser superior a 30 dias do nascimento, sendo o ideal que seja realizada entre o terceiro e o sétimo dia de vida do bebê. Pode-se, portanto concluir, que nas situações de hospitalização prolongada do neonato, a coleta também deve ser realizada não ultrapassando o período mencionado, haja vista os benefícios da prevenção de danos irreparáveis cujos sinais começam a aparecer geralmente após o primeiro mês de vida, dependendo da patologia relacionada. A equipe de enfermagem tem participação importante e intransferível no Programa Nacional de Triagem Neonatal, porque é o profissional de enfermagem quem mais tem contato com a clientela alvo que são a mãe e o recém nato. que em todo processo da triagem neonatal, a enfermagem é a principal mediadora entre a família e o encaminhamento do bebê ao tratamento precoce. Rastrear um RN significa identificar, dentro de uma população considerada normal, as crianças que estão em risco de desenvolver uma doença metabólica, de tal modo a lhes possibilitar/conferir a investigação acurada (confirmando ou excluindo) para a intervenção preventiva ou terapêutica em tempo hábil. De acordo com o exposto, o trabalho teve como objetivo identificar o conhecimento da equipe de enfermagem, acerca do Teste de Triagem Neonatal, tendo em vista que a coleta deverá ser realizada em tempo não inferior a 48 horas e não deverá ser superior a trinta dias, dificultando a instituição de tratamento em caso de resultado positivo, já que o tempo prolongado de internação nas unidades neonatais poderá interferir em um tempo de coleta adequado.

Metodologia

Para que se alcançasse o objetivo proposto, foi realizado um estudo descritivo-exploratório em uma maternidade de grande porte. A entrevista seguiu um roteiro contendo dados de identificação e questões abertas e fechadas contemplando o conhecimento do profissional de enfermagem sobre o teste de triagem neonatal. Os sujeitos foram abordados pelo pesquisador, informando sobre a pesquisa, e quanto à importância de sua participação, sendo entregue o termo de consentimento livre e esclarecido conforme as exigências da Resolução 146/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi avaliado pelo comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará - COMEPPE protocolo nº 130/12. Após

parecer favorável do CEP e autorização da instituição, a coleta foi efetuada.

Resultados e Discussão

Os profissionais de enfermagem da Unidade Neonatal foram abordados de várias formas sobre o teste de triagem Neonatal e foi evidenciado o pouco conhecimento de enfermeiros e técnicos de enfermagem como mostramos a seguir.

Teste do pezinho e Triagem Neonatal

O termo triagem, que se origina do vocábulo francês triage, significa seleção, separação de um grupo, ou mesmo, escolha entre inúmeros elementos e define, em Saúde Pública, a ação primária dos programas de Triagem, ou seja, a detecção – através de testes aplicados numa população – de um grupo de indivíduos com probabilidade elevada de apresentarem determinadas patologias. Observou-se nas falas:

“ O que significa Triagem Neonatal?”; “O que? Triagem neonatal? O que é isso?” ; “Triagem neonatal... É! Eu acho que deve ser para detectar algumas doenças não é?”; “Acho que deve ser alguma triagem que separa os meninos mais graves dos menos graves na neo (...)”.

Quando questionados sobre o que significa Triagem neonatal dos 30 profissionais entrevistados todos responderam de forma parcial ao questionamento. Sendo que foram utilizados por elas termos como: para detectar doenças neurológicas, para detectar alguma doença genética, para detectar doenças, para detectar síndromes, para detectar alguma patologia, para detectar alterações que podem ser corrigidas, é um teste para triar doenças enzimáticas, é um exame, serve para detectar doenças futuras, são prevenções de doenças que podem acometer o recém-nascido, serve para detectar patologias antes que se complique, isso pode ser evidenciado nas seguintes falas:” Para que serve o teste de Triagem Neonatal? (teste do pezinho)?”; “Para detectar doenças neurológicas/ fenilcetonúria(...).”; “Exame de sangue realizado para detectar algumas doenças genéticas/congênicas(...).”; “ É um teste que além da fenilcetonúria também detecta outras doenças que são importantes e que quanto mais precocemente tratadas farão a diferença na vida destas pessoas(...).”; “Para detectar doenças congênicas.”

Desde a década de 1960 a OMS preconiza a importância dos programas populacionais de Triagem Neonatal (TN) – para a prevenção de deficiência mental e agravos à saúde do recém-nascido (RN) (BRASIL, 2004). Leão, (2008) expressa que a TN tem que ser observada como algo mais do que a realização de testes laboratoriais. Os profissionais da área devem entender a TN como um complexo de variáveis que vão desde a finalidade do teste, passando pelas doenças que estão incluídas, questões científicas e éticas até políticas públicas envolvidas. Nominalmente citada pelos enfermeiros foi a fenilcetonúria. Apesar do conteúdo de outras falas apresentarem coerência, se faria pertinente a demonstração de conteúdo mais conciso e claro.

Técnica correta para coleta do teste

Segundo Abreu (2011) a técnica correta de coleta das amostras de sangue para o “Teste do Pezinho” é um procedimento de enfermagem, estando o profissional ciente como e por que irá fazer a coleta, devendo seguir criteriosamente a técnica adequada. Você conhece a técnica para coleta do teste do pezinho?: “Sim, é uma coleta venosa nos prematuros.”; “Sim, lanceta apropriada, introduzida na região lateral do calcâneo(...)”; “Sim, é uma coleta realizada com uma lanceta no calcâneo por que é uma região bastante vascularizada, preenche todos os círculos do papel filtro identificado com o nome da mãe ou do RN, se já for registrado, adequadamente não deixando esborratar e nem faltar sangue, depois enviar para o laboratório não esquecendo de armazenar adequadamente em local seco e arejado(...)”; “Sim, colhe-se pequena quantidade de sangue do calcâneo(...)”; “Sim, na parte lateral do calcâneo(...)”; “Sim, é colhido 3 amostras no calcanhar do RN em um papel filtro e é enviado para análise(...)”.

Conhecimento acerca das doenças detectadas através do teste preconizadas pelo ministério da saúde

Segundo Santos (2009) o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) implantado no Brasil tem como objetivo, considerando cada fase de execução local, detectar doenças como fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, hemoglobinopatias e fibrose cística.

Você sabe quais as doenças detectadas no Teste do Pezinho que são preconizadas pelo Ministério da Saúde? Em caso

de sim, cite-as: “Malformações e anomalias(...)”; “Down e policetonúria(...)”; “Hipotireoidismo e fenilcetonúria(...)”; “Anemia falciforme e hipotireoidismo(...)”.

O exame laboratorial realizado com a amostra de sangue coletado do recém-nascido detecta precocemente doenças metabólicas, genéticas e infecciosas, que poderão causar alterações no desenvolvimento neuropsicomotor do bebê. Esse exame é popularmente conhecido como “teste do pezinho”, pois a coleta do sangue é feita a partir de uma pequena punção no calcanhar do bebê (ABREU, 2011).

Conhecimento sobre as implicações que as doenças podem trazer para o recém-nascido

Para Luz, (2006) As doenças identificadas através do teste de triagem neonatal podem levar danos extremamente importantes para o recém-nascido. A fenilcetonúria causa retardo mental, o hipotireoidismo congênito pode causar retardo mental, retardo de desenvolvimento, surdez e outros, a fibrose cística causa pneumopatias, baixo desenvolvimento estrutural, esterilidade, e a anemia falciforme Anemia hemolítica, infecções recorrentes, obstrução de pequenos vasos. Quais são as implicações de cada uma dessas patologias no recém-nascido?: “Problemas no crescimento e desenvolvimento(...)”; “Problema a nível de sistema nervoso(...)”; “Problemas neurológicos, evita retardo(...)”; “Déficit no desenvolvimento e déficit neurológico(...)”; “Alterações importantes no sistema nervoso central(...)”; “Retardo mental.”; “Hipotireoidismo impede crescimento e desenvolvimento mental, fenilcetonúria retardo mental, anemia vários tipos de anemia(...)”; “Anemia e problema na tireoide”.

Enfermagem e orientações para os pais sobre a triagem neonatal

Em um estudo realizado com as mães de uma maternidade no interior do Paraná, Abreu, (2011) salienta que o profissional da saúde poderá informar ao público com segurança sobre o teste e suas etapas, bem como as implicações na família que as doenças detectadas podem ocasionar. Destacando-se a participação do profissional de enfermagem, o qual tem fundamental importância no PNTN, tendo em vista sua interação direta com a mãe e o recém-nascido.

Você costuma fazer orientações aos pais sobre a importância da coleta do teste de triagem neonatal (Teste do Pezinho)?: “Sim, faço orientações aos pais que tiverem condições de fazer na rede particular porque é melhor detecta mais doenças e quem não tem condições oriento ir ao posto de saúde(...)”; “Sim, falo da importância de prevenir as doenças(...)”.

A enfermeira focaliza o processo de aprendizagem e o processo de ensino, uma vez que a aprendizagem propicia o melhor caminho de individualização da informação a ser disseminada (SILVA, 2002).A legislação brasileira prevê a obrigatoriedade do exame por meio de leis que direta ou indiretamente regulamentam os testes de Triagem Neonatal. No Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990), o inciso III do artigo 10 é bem claro ao preconizar: “Proceder ao exame visando o diagnóstico e terapêuticas de anormalidades no metabolismo do recém-nascido, bem como prestar orientação aos pais”.

Busca ativa de resultados positivos e encaminhamento dos recém- nascidos com resultado positivo

Segundo Silva (2002), a perda de um caso positivo para os profissionais que trabalham no Programa representa não poder fazer o acompanhamento de uma criança que nasceu sem manifestações clínicas, mas portadora de uma doença sem cura, embora com possibilidades de evitar o surgimento do quadro clínico para que possa ter uma expectativa de qualidade de vida como a de qualquer outra criança.

Você sabe como é feito a busca ativa dos resultados positivos na Maternidade?: “A funcionária que colhe os exames liga para a família e faz o encaminhamento quando dá positivo.”; “Ao ser detectado positivo é chamada novamente a mãe do RN para fazer o teste ampliado no Hemoce por que esse teste não faz aqui na maternidade.”; “Para o Hemoce(...)”; “Para o ambulatório(...)”; “O laboratório envia fax entrando em contato com a instituição e a instituição entra em contato com a família para fazer o encaminhamento(...)”.

A busca ativa na maternidade onde realizou-se a pesquisa, é realizada pela técnica de enfermagem que faz a coleta dos testes de triagem neonatal, sendo que a própria funcionária, através de um FAX, recebe o resultado do laboratório para onde são enviados os exames. De posse do endereço e telefone das mães, é feito um contato com a família por meio de telefone

solicitando o comparecimento da mãe da criança no hospital onde foi realizado o teste. Após isso é feito o encaminhamento para um Hospital Infantil da rede pública do Ceará, onde, as crianças com resultado positivo para alguma patologia identificada através do teste triagem neonatal são tratadas.

Conclusão

De acordo com os resultados, observa-se que os profissionais de enfermagem da UTIN demonstraram pouco conhecimento a respeito da Triagem Neonatal (TN), isto foi observado em muitos pontos considerados importantes para esta pesquisa. De um modo geral se mostraram hesitantes ao citar o significado de triagem neonatal, quais as patologias identificadas através do teste, período adequado para coleta do teste, bem como quais implicações que as patologias triadas ocasionam ao RN se não tratadas de imediato e ainda o seguimento que a criança deverá ter em caso de resultado positivo.

A transformação da prática de enfermagem é um desafio a ser enfrentado, pois depende ainda, de um cenário que valorize este profissional e proveja recursos necessários para que essa prática seja exercida com qualidade. A experiência profissional é um ponto crucial para uma boa qualidade no atendimento de enfermagem. As Unidades neonatais precisam de profissionais com experiência e bastante qualificados para um cuidado especializado. Nesse sentido, a qualidade da formação e as oportunidades na vida profissional estão relacionadas no desenvolvimento das habilidades que se constrói continuamente.

Com base nos dados expostos na presente pesquisa pode-se observar que a Triagem Neonatal ainda é um tema pouco assimilado pelos profissionais de enfermagem, não houve por parte dos mesmos uma verdadeira correlação entre triagem neonatal e teste do pezinho. A partir deste estudo, deseja-se despertar nos profissionais de enfermagem, o interesse por uma melhor propagação da TN. Logo, as ações educativo-preventivas em torno dessa temática poderão contribuir para melhor divulgação das patologias referidas, já que como profissionais de saúde, o foco deve se nortear em torno do desenvolvimento de um sistema em que os provedores de cuidados sejam preparados para pensarem preventivamente sempre.

Referências

LÚCIO, I.M.L. **Métodos Educativos Para a Prática do Teste do Reflexo Vermelho no Cuidado ao Recém- Nascido.**/Ingrid Martins Leite Lúcio.- Fortaleza, 2008.Tese(Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Fortaleza-Ce, 2008.

ANDRADE, R.F.V. *et al.* Conhecimento dos Enfermeiros Acerca do Manejo da Gestante com Exame de VDRL Reagente, **DST - J bras Doenças Sex Transm** 2011;23(4):188-193

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do programa nacional de triagem neonatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – 2ª. Ed. ampl. Brasília: 2004.

LEÃO L., AGUIAR M. Newborn screening: what pediatricians should know. **J Pediatr.** 2008

WONG, DL. **Enfermagem pediátrica:** elementos essenciais à intervenção efetiva. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005 .927 p.

TESTE DE TRIAGEM NEONATAL: CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA UNIDADE NEONATAL

Lucélia Rodrigues Afonso: Enfermeira. Especialista em Enfermagem Neonatal pela Universidade Federal do Ceará. Email:

luceliarodrigues@yahoo.com.br

Maria da Glória Machado de Oliveira: Enfermeira Especialista em Enfermagem Neonatal pela Universidade Federal do Ceará. Email:

Glorinha22@bol.com.br

Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro – Universidade Estadual do Ceará

Daniele Rocha de Farias Marques – Universidade Estadual do Ceará

Palavras-chaves: Triagem Neonatal; Enfermagem; Neonatologia.

Resumo

O Teste de Triagem Neonatal (TTN) conta de uma série de exames laboratoriais realizados a partir de uma amostra de sangue colhida em um papel filtro especial, realizada com a finalidade de rastrear, em um grupo específico de indivíduos com idade entre 0 e 30 dias de vida, doenças metabólicas, hematológicas, infecciosas e genéticas. A equipe de enfermagem tem participação importante e intransferível no Programa Nacional de Triagem Neonatal, porque é o profissional enfermeiro (a) quem mais tem contato com a clientela alvo que são a mãe e o recém nato. O estudo teve como objetivo identificar o conhecimento da equipe de enfermagem, acerca do Teste de Triagem Neonatal. Estudo do tipo descritivo-exploratório realizado em uma maternidade pública de grande porte, na unidade de terapia intensiva neonatal. A população foi composta por trinta profissionais de enfermagem que atuam na unidade de terapia intensiva neonatal. De acordo com a análise dos dados, observa-se que os profissionais de enfermagem da UTIN demonstraram pouco conhecimento a respeito da TN. Diante do exposto neste trabalho podemos refletir acerca de alguns fatores fundamentais que precisam ser reavaliados na prática de enfermagem na UTINEO. A partir deste estudo, deseja-se despertar nos profissionais de enfermagem, o interesse por uma melhor propagação da TN. Logo, as ações educativo-preventivas em torno dessa temática poderão contribuir para melhor divulgação das patologias referidas, já que como profissionais de saúde, o foco deve se nortear em torno do desenvolvimento de um sistema em que os provedores de cuidados sejam preparados para pensarem preventivamente.

Introdução

O Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), através da portaria nº 822 GM/MS, estabelecendo o direito de toda criança nascida em território nacional realizar a triagem neonatal (teste do pezinho), com o objetivo primordial de detectar algumas doenças que podem causar sequelas graves ao desenvolvimento. Dentre os principais objetivos do programa destaca-se a ampliação da gama de patologias triadas (Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Anemia Falciforme e outras Hemoglobinopatias e Fibrose Cística). De acordo com o Ministério da Saúde, a coleta deve ser efetuada com, no mínimo, 48 horas de alimentação proteica (amamentação) e não deve ser superior a 30 dias do nascimento, sendo o ideal que seja realizada entre o terceiro e o sétimo dia de vida do bebê. Pode-se, portanto concluir, que nas situações de hospitalização prolongada do neonato, a coleta também deve ser realizada não ultrapassando o período mencionado, haja vista os benefícios da prevenção de danos irreparáveis cujos sinais começam a aparecer geralmente após o primeiro mês de vida, dependendo da patologia relacionada. A equipe de enfermagem tem participação importante e intransferível no Programa Nacional de Triagem Neonatal, porque é o profissional de enfermagem quem mais tem contato com a clientela alvo que são a mãe e o recém nato. que em todo processo da triagem neonatal, a enfermagem é a principal mediadora entre a família e o encaminhamento do bebê ao tratamento precoce. Rastrear um RN significa identificar, dentro de uma população considerada normal, as crianças que estão em risco de desenvolver uma doença metabólica, de tal modo a lhes possibilitar/conferir a investigação acurada (confirmando ou excluindo) para a intervenção preventiva ou terapêutica em tempo hábil. De acordo com o exposto, o trabalho teve como objetivo identificar o conhecimento da equipe de enfermagem, acerca do Teste de Triagem Neonatal, tendo em vista que a coleta deverá ser realizada em tempo não inferior a 48 horas e não deverá ser superior a trinta dias, dificultando a instituição de tratamento em caso de resultado positivo, já que o tempo prolongado de internação nas unidades neonatais poderá interferir em um tempo de coleta adequado.

Metodologia

Para que se alcançasse o objetivo proposto, foi realizado um estudo descritivo-exploratório em uma maternidade de grande porte. A entrevista seguiu um roteiro contendo dados de identificação e questões abertas e fechadas contemplando o conhecimento do profissional de enfermagem sobre o teste de triagem neonatal. Os sujeitos foram abordados pelo pesquisador, informando sobre a pesquisa, e quanto à importância de sua participação, sendo entregue o termo de consentimento livre e esclarecido conforme as exigências da Resolução 146/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi avaliado pelo comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará - COMEPPE protocolo nº 130/12. Após parecer favorável do CEP e autorização da instituição, a coleta foi efetuada.

Resultados e Discussão

Os profissionais de enfermagem da Unidade Neonatal foram abordados de várias formas sobre o teste de triagem Neonatal e foi evidenciado o pouco conhecimento de enfermeiros e técnicos de enfermagem como mostramos a seguir.

Teste do pezinho e Triagem Neonatal

O termo triagem, que se origina do vocábulo francês triage, significa seleção, separação de um grupo, ou mesmo, escolha entre inúmeros elementos e define, em Saúde Pública, a ação primária dos programas de Triagem, ou seja, a detecção – através de testes aplicados numa população – de um grupo de indivíduos com probabilidade elevada de apresentarem determinadas patologias. Observou-se nas falas: “ O que significa Triagem Neonatal?”; “O que? Triagem neonatal? O que é isso?” ; “Triagem neonatal... É! Eu acho que deve ser para detectar algumas doenças não é?”; “Acho que deve ser alguma triagem que separa os meninos mais graves dos menos graves na neo (...)”.

Quando questionados sobre o que significa Triagem neonatal dos 30 profissionais entrevistados todos responderam de forma parcial ao questionamento. Sendo que foram utilizados por elas termos como: para detectar doenças neurológicas, para detectar alguma doença genética, para detectar doenças, para detectar síndromes, para detectar alguma patologia, para detectar alterações que podem ser corrigidas, é um teste para triar doenças enzimáticas, é um exame, serve para detectar doenças futuras, são prevenções de doenças que podem acometer o recém-nascido, serve para detectar patologias antes que se complique, isso pode ser evidenciado nas seguintes falas:” Para que serve o teste de Triagem Neonatal? (teste do pezinho)?”; “Para detectar doenças neurológicas/ fenilcetonúria(...).”; “Exame de sangue realizado para detectar algumas doenças genéticas/congênicas(...).”; “ É um teste que além da fenilcetonúria também detecta outras doenças que são importantes e que quanto mais precocemente tratadas farão a diferença na vida destas pessoas(...).”; “Para detectar doenças congênicas.”

Desde a década de 1960 a OMS preconiza a importância dos programas populacionais de Triagem Neonatal (TN) – para a prevenção de

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

deficiência mental e agravos à saúde do recém-nascido (RN) (BRASIL, 2004). Leão, (2008) expressa que a TN tem que ser observada como algo mais do que a realização de testes laboratoriais. Os profissionais da área devem entender a TN como um complexo de variáveis que vão desde a finalidade do teste, passando pelas doenças que estão incluídas, questões científicas e éticas até políticas públicas envolvidas. Nominalmente citada pelos enfermeiros foi a fenilcetonúria. Apesar do conteúdo de outras falas apresentarem coerência, se faria pertinente a demonstração de conteúdo mais conciso e claro.

Técnica correta para coleta do teste

Segundo Abreu (2011) a técnica correta de coleta das amostras de sangue para o “Teste do Pezinho” é um procedimento de enfermagem, estando o profissional ciente como e por que irá fazer a coleta, devendo seguir criteriosamente a técnica adequada. Você conhece a técnica para coleta do teste do pezinho?: “Sim, é uma coleta venosa nos prematuros.”; “Sim, lanceta apropriada, introduzida na região lateral do calcâneo(...)”; “Sim, é uma coleta realizada com uma lanceta no calcâneo por que é uma região bastante vascularizada, preenche todos os círculos do papel filtro identificado com o nome da mãe ou do RN, se já for registrado, adequadamente não deixando esborrar e nem faltar sangue, depois enviar para o laboratório não esquecendo de armazenar adequadamente em local seco e arejado(...)”; “Sim, colhe-se pequena quantidade de sangue do calcâneo(...)”; “Sim, na parte lateral do calcâneo(...)”; “Sim, é colhido 3 amostras no calcanhar do RN em um papel filtro e é enviado para análise(...)”.

Conhecimento acerca das doenças detectadas através do teste preconizadas pelo ministério da saúde

Segundo Santos (2009) o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) implantado no Brasil tem como objetivo, considerando cada fase de execução local, detectar doenças como fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, hemoglobinopatias e fibrose cística.

Você sabe quais as doenças detectadas no Teste do Pezinho que são preconizadas pelo Ministério da Saúde? Em caso de sim, cite-as: “Malformações e anomalias(...)”; “Down e policetonúria(...)”; “Hipotireoidismo e fenilcetonúria(...)”; “Anemia falciforme e hipotireoidismo(...)”.

O exame laboratorial realizado com a amostra de sangue coletado do recém-nascido detecta precocemente doenças metabólicas, genéticas e infecciosas, que poderão causar alterações no desenvolvimento neuropsicomotor do bebê. Esse exame é popularmente conhecido como “teste do pezinho”, pois a coleta do sangue é feita a partir de uma pequena punção no calcanhar do bebê (ABREU, 2011).

Conhecimento sobre as implicações que as doenças podem trazer para o recém-nascido

Para Luz, (2006) As doenças identificadas através do teste de triagem neonatal podem levar danos extremamente importantes para o recém-nascido. A fenilcetonúria causa retardo mental, o hipotireoidismo congênito pode causar retardo mental, retardo de desenvolvimento, surdez e outros, a fibrose cística causa pneumopatias, baixo desenvolvimento estrutural, esterilidade, e a anemia falciforme Anemia hemolítica, infecções recorrentes, obstrução de pequenos vasos. Quais são as implicações de cada uma dessas patologias no recém-nascido?: “Problemas no crescimento e desenvolvimento(...)”; “Problema a nível de sistema nervoso(...)”; “Problemas neurológicos, evita retardo(...)”; “Déficit no desenvolvimento e déficit neurológico(...)”; “Alterações importantes no sistema nervoso central(...)”; “Retardo mental.”; “Hipotireoidismo impede crescimento e desenvolvimento mental, fenilcetonúria retardo mental, anemia vários tipos de anemia(...)”; “Anemia e problema na tireoide”.

Enfermagem e orientações para os pais sobre a triagem neonatal

Em um estudo realizado com as mães de uma maternidade no interior do Paraná, Abreu, (2011) salienta que o profissional da saúde poderá informar ao público com segurança sobre o teste e suas etapas, bem como as implicações na família que as doenças detectadas podem ocasionar. Destacando-se a participação do profissional de enfermagem, o qual tem fundamental importância no PNTN, tendo em vista sua interação direta com a mãe e o recém-nascido.

Você costuma fazer orientações aos pais sobre a importância da coleta do teste de triagem neonatal (Teste do Pezinho)?: “Sim, faço orientações aos pais que tiverem condições de fazer na rede particular porque é melhor detecta mais doenças e quem não tem condições oriento ir ao posto de saúde(...)”; “Sim, falo da importância de prevenir as doenças(...)”.

A enfermeira focaliza o processo de aprendizagem e o processo de ensino, uma vez que a aprendizagem propicia o melhor caminho de individualização da informação a ser disseminada (SILVA, 2002).A legislação brasileira prevê a obrigatoriedade do exame por meio de leis que direta ou indiretamente regulamentam os testes de Triagem Neonatal. No Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990), o inciso III do artigo 10 é bem claro ao preconizar: “Proceder ao exame visando o diagnóstico e terapêuticas de anormalidades no metabolismo do recém-nascido, bem como prestar orientação aos pais”.

Busca ativa de resultados positivos e encaminhamento dos recém- nascidos com resultado positivo

Segundo Silva (2002), a perda de um caso positivo para os profissionais que trabalham no Programa representa não poder fazer o acompanhamento de uma criança que nasceu sem manifestações clínicas, mas portadora de uma doença sem cura, embora com possibilidades de evitar o surgimento do quadro clínico para que possa ter uma expectativa de qualidade de vida como a de qualquer outra criança.

Você sabe como é feito a busca ativa dos resultados positivos na Maternidade?: “A funcionária que colhe os exames liga para a família e faz o encaminhamento quando dá positivo.”; “Ao ser detectado positivo é chamada novamente a mãe do RN para fazer o teste ampliado no Hemoce por que esse teste não faz aqui na maternidade.”; “Para o Hemoce(...)”; “Para o ambulatório(...)”; “O laboratório envia fax entrando em contato com a instituição e a instituição entra em contato com a família para fazer o encaminhamento(...)”.

A busca ativa na maternidade onde realizou-se a pesquisa, é realizada pela técnica de enfermagem que faz a coleta dos testes de triagem neonatal, sendo que a própria funcionária, através de um FAX, recebe o resultado do laboratório para onde são enviados os exames. De posse do endereço e telefone das mães, é feito um contato com a família por meio de telefone solicitando o comparecimento da mãe da criança no hospital onde foi realizado o teste. Após isso é feito o encaminhamento para um Hospital Infantil da rede pública do Ceará, onde, as crianças com resultado positivo para alguma patologia identificada através do teste triagem neonatal são tratadas.

Conclusão

De acordo com os resultados, observa-se que os profissionais de enfermagem da UTIN demonstraram pouco conhecimento a respeito da Triagem Neonatal (TN), isto foi observado em muitos pontos considerados importantes para esta pesquisa. De um modo geral se mostraram hesitantes ao citar o significado de triagem neonatal, quais as patologias identificadas através do teste, período adequado para coleta do teste, bem como quais implicações que as patologias triadas ocasionam ao RN se não tratadas de imediato e ainda o seguimento que a criança deverá ter em caso de resultado positivo.

A transformação da prática de enfermagem é um desafio a ser enfrentado, pois depende ainda, de um cenário que valorize este profissional e proveja recursos necessários para que essa prática seja exercida com qualidade. A experiência profissional é um ponto

crucial para uma boa qualidade no atendimento de enfermagem. As Unidades neonatais precisam de profissionais com experiência e bastante qualificados para um cuidado especializado. Nesse sentido, a qualidade da formação e as oportunidades na vida profissional estão relacionadas no desenvolvimento das habilidades que se constrói continuamente.

Com base nos dados expostos na presente pesquisa pode-se observar que a Triagem Neonatal ainda é um tema pouco assimilado pelos profissionais de enfermagem, não houve por parte dos mesmos uma verdadeira correlação entre triagem neonatal e teste do pezinho. A partir deste estudo, deseja-se despertar nos profissionais de enfermagem, o interesse por uma melhor propagação da TN. Logo, as ações educativo-preventivas em torno dessa temática poderão contribuir para melhor divulgação das patologias referidas, já que como profissionais de saúde, o foco deve se nortear em torno do desenvolvimento de um sistema em que os provedores de cuidados sejam preparados para pensarem preventivamente sempre.

Referências

LÚCIO, I.M.L. Métodos Educativos Para a Prática do Teste do Reflexo Vermelho no Cuidado ao Recém- Nascido./Ingrid Martins Leite Lúcio.- Fortaleza, 2008.Tese(Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Fortaleza-Ce, 2008.

ANDRADE, R.F.V. et al. Conhecimento dos Enfermeiros Acerca do Manejo da Gestante com Exame de VDRL Reagente, DST - J bras Doenças Sex Transm 2011;23(4):188-193

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do programa nacional de triagem neonatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – 2ª. Ed. ampl. Brasília: 2004.

LEÃO L., AGUIAR M. Newborn screening: what pediatricians should know. J Pediatr. 2008

WONG, DL. Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005 .927 p.

Trabalhando o protagonismo juvenil no projeto “Criança esperta não brinca com drogas”

Leilane Camila Ferreira de Lima Francisco (apresentador) – Universidade Federal de Alagoas (UFAL), *Campus Arapiraca*. Email: leilanecamila_@hotmail.com
Monyque Guedes Dantas Lira - Universidade Federal de Alagoas (UFAL), *Campus Arapiraca*
Anna Elydiane de Jesus Oliveira - Universidade Federal de Alagoas (UFAL), *Campus Arapiraca*
Lucas Kayzan Barbosa da Silva - Universidade Federal de Alagoas (UFAL), *Campus Arapiraca*
Paulo Alberto Leite Oliveira – Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Arapiraca
Verônica de Medeiros Alves (Orientador) - Universidade Federal de Alagoas (UFAL), *Campus Arapiraca*

Palavras-chave: Saúde Escolar. Educação em Saúde. Adolescente.

Resumo

No desenvolvimento do homem, a adolescência é uma etapa especial, onde ocorrem transformações físicas e psicológicas, envolvendo-o socialmente e culturalmente. Nesta fase, os jovens estão vulneráveis a diversas situações de risco, como o uso de álcool e outras drogas, que se encontra cada vez mais comum e mais precoce entre os mesmos. Logo, torna-se relevante discutir junto a alunos do ensino fundamental sobre esta temática, bem como sobre seu papel no futuro da sociedade. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de um grupo de alunos e profissionais da saúde com crianças do 5º ano em uma atividade socioeducativa proposta pelo PET-Saúde Mental. Trata-se de um relato de experiência com 21 crianças estudantes do 5º ano de uma escola de tempo integral do município de Arapiraca, Alagoas. O eixo norteador foi “O Protagonismo Juvenil”. Foram contempladas quatro ações: dinâmica inicial, dinâmica dos problemas no bairro, na cidade e no país, a do tema “O que você quer ser quando crescer?” e uma de avaliação. Com isso, as crianças tiveram a oportunidade de participar de atividades que os incentivavam a serem autores de suas próprias vidas e a aprenderem a trabalhar em grupo. Observou-se que é de fundamental importância a realização de atividades sobre o papel do adolescente na sociedade, trabalhando com esta faixa etária por meio de ações educativas dinâmicas, fixando melhor o conhecimento e contribuindo com o surgimento de futuros adolescentes e adultos com o senso crítico e objetivos a serem alcançados na vida com responsabilidade e compromisso.

Introdução

No desenvolvimento do homem, a adolescência é uma etapa especial, na qual ocorrem transformações tanto físicas quanto psicológicas, envolvendo-o socialmente e culturalmente (OLIVEIRA; ANTÔNIO, 2006). Já que nesta fase da vida há o aceleração do desenvolvimento cognitivo e a personalidade é estruturada, é necessário que haja alguns ajustes para que o adolescente consiga lidar com tantas mudanças, tentando estabelecer um senso maduro de personalidade (SILVA, 2011). Nesta fase da vida, os jovens estão vulneráveis e expostos a diversas situações de risco, como as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), ao vício em álcool e outras drogas, à prostituição, ao bullying e até mesmo a problemas de saúde. Ferreira (2000, apud FERREIRA, 2007, p. 218) diz que muitos jovens são iniciados na prostituição, excluídos do sistema formal de ensino, submetidos ao crime organizado e tráfico de drogas, sofrem vários tipos de violência e aumentam as estatísticas dos moradores de rua, problemas estes que, mais tarde, poderão trazer consequências graves. Pesquisas afirmam que os adolescentes afetados por fenômenos negativos, como a violência, ao álcool e drogas podem vir a desenvolver, no futuro, um desequilíbrio na saúde mental, aumentando a probabilidade de cometerem o homicídio e o suicídio (OLIVEIRA; ANTONIO, 2006). Vê-se que ainda existe o pensamento de alguns pais de que seus filhos não devem ser informados quanto às mudanças corporais durante a puberdade, menstruação nas meninas, sexualidade e métodos anticoncepcionais existentes e até mesmo informações acerca de álcool e outras drogas, visto que há a crença de que, ao informar, eles estarão, de certa forma, sendo incentivados. Com isso, observa-se que ainda existe carência de informações acerca dessas temáticas e a necessidade de planejar e desenvolver ações com os adolescentes, principalmente atividades educativas, estar aberto ao diálogo e sensível para perceber as necessidades do grupo, para que os assuntos abordados atendam às expectativas dos mesmos (THIENGO; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005). Assim, o jovem poderá se construir e se reconstruir a partir da conversação e da reflexão sobre suas ideias, além de reconstruir saberes e levá-los por toda a sua vida (FERREIRA, 2006). Diante disso, torna-se relevante discutir junto a alunos do ensino fundamental, período em que provavelmente o contato com as drogas se inicia, sobre o uso/abuso de álcool e outras drogas, bem como sobre o papel do adolescente no futuro da sociedade. Por tudo, surgiu a questão norteadora: Como se deu a atividade educativa realizada por estudantes e preceptores do PET-Saúde Mental em uma escola de tempo integral em Arapiraca, Alagoas? Logo, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência realizada por um grupo de alunos e profissionais da saúde com crianças do 5º ano em uma atividade socioeducativa proposta pelo PET-Saúde Mental.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência com 21 crianças estudantes do 5º ano de uma escola de tempo integral do município de Arapiraca, Alagoas. A realização da atividade socioeducativa aconteceu no turno da tarde do dia 20 de agosto de 2014, com duração de, aproximadamente, 2 horas. O eixo norteador do dia foi “O Protagonismo Juvenil”, abordando o papel do adolescente no meio em que se vive. As ações descritas a seguir foram planejadas e executadas por acadêmicos e profissionais das áreas de Enfermagem, Psicologia, Serviço Social e Educação Física, em resposta ao desenvolvimento de um projeto chamado “Criança esperta não brinca com drogas”, proposta do PET-Saúde Mental: Álcool, Crack e Outras Drogas. Antes de se iniciarem as atividades, foram coletados alguns dados como a quantidade de turmas existentes entre o 4º e o 5º ano, o turno das aulas, quantidade de alunos por turma e a faixa etária dos alunos para, assim, escolher a turma com que iria se trabalhar e dar-se início às atividades. Foram contempladas quatro ações: uma dinâmica inicial, uma dinâmica dos problemas no bairro, na cidade e no país, uma que teve como tema “O que você quer ser quando crescer?” e uma dinâmica de avaliação. Inicialmente foi explicada a temática que seria trabalhada naquele dia e, seguindo, realizou-se a dinâmica inicial. Nesta, foram distribuídas bexigas, onde estavam inseridos papéis com algumas palavras que faziam alusão a características do ser humano essenciais ao trabalho em grupo, como sinceridade, tranquilidade, apoio, motivação, confiança, solidariedade, sabedoria, cooperação, dentre outras. Os estudantes encheram-nas, juntaram-se no centro da sala e após foi pedido que cada um ficasse responsável pela sua bola e não a deixasse cair. Ao iniciar-se, os acadêmicos foram retirando algumas pessoas do centro, deixando outros responsáveis por mais de uma bola. Passado o tempo destinado a esse momento, foi pedido que cada um estourasse uma bexiga e lesse a palavra escrita no papel, seguindo a discussão. No segundo momento, foram colados dois cartazes, cada um destinado a uma ação. No primeiro cartaz, os alunos iriam dizer quais os problemas encontrados no bairro, na cidade e no país onde moravam e, à medida que eles diziam, um acadêmico do PET escrevia as palavras nele. Já o outro cartaz foi destinado à escrita das soluções para os problemas citados no primeiro cartaz. Prosseguindo, deu-se início à dinâmica que tinha como temática “O que você quer ser quando crescer?”. Nessa ocasião, foram distribuídas folhas de papel ofício para que cada um desenhasse a profissão que queria seguir e, em seguida, pintasse. Por fim, foi feita a avaliação onde cada um dizia uma palavra que significava sua satisfação com o que foi realizado com eles naquela tarde, encerrando a atividade.

Resultados e Discussão

Com o desenvolvimento desta ação, as crianças tiveram a oportunidade de aprender e participar de atividades que os incentivavam, principalmente, a serem autores de suas próprias vidas e a aprenderem a trabalhar em grupo. Na dinâmica inicial, quando se perguntou como as mesmas se sentiram quando ficaram responsáveis com mais de uma bola, pôde-se trazer uma discussão sobre as dificuldades que são encontradas na vida e a importância da ajuda do outro para que não venhamos a vacilar. Quando se pediu que eles estourassem a bexiga e lessem as palavras que estavam escritas nos papéis, refletiu-se sobre a importância de se trabalhar em grupo, pois, quando um grupo permanece unido, as coisas fluem de uma maneira melhor. Logo, eles aprenderam a se colocar no lugar do outro, a cooperarem em um grupo, a não desistirem diante das dificuldades, a esperarem o momento certo de cada situação e a reconhecerem os seus próprios erros, não somente na convivência com os colegas na escola, mas também na família e na sociedade em geral. A dinâmica dos problemas e soluções trouxe como resultado a reflexão que todas as pessoas enfrentarão dificuldades, mas que deverão sempre fazer com que a situação melhore. Pôde-se observar que as crianças atentaram para problemas como corrupção, violência, falta de segurança e déficit no atendimento à saúde. Estes que são reflexo da sociedade em que se vive. Já na etapa “O que você quer ser quando crescer?”, viram-se desenhos de diversas profissões como policial, bombeiro, cantor, veterinário, jogador de futebol, baterista, apresentador de programa de televisão, ator/atriz e professor. Com isso, houve uma reflexão sobre as responsabilidades que surgirão ao passo que cada criança ali presente ficar mais velha, bem como sobre a importância de cada uma dessas profissões que foram mencionadas por eles. Além disso, foi mencionado que as coisas negativas da vida, como a violência e o uso de drogas interferem negativamente nos sonhos. Então, aconselhou-se que, diante de qualquer situação que pudesse atrapalhar o futuro daquelas crianças, eles se lembrassem de todos os seus sonhos e metas para alcançarem na vida, de forma que isso seja um incentivo para não desistirem. Com a avaliação, viu-se que a tarde foi bastante proveitosa e serviu tanto para aprendizado, como também para um momento de descontração. As crianças, através de suas palavras, puderam demonstrar seu nível de satisfação para com aquela atividade. As palavras mencionadas foram “Gostei!”, “Maravilhoso!”, “Amei!”, “Bom!”, “Legal”, dentre outras, confirmando que o que foi planejado foi executado de uma forma interativa e que trouxe bons resultados.

Conclusão

Como base nos resultados acima citados, observou-se que é de fundamental importância a realização de atividades sobre o papel do adolescente na sociedade, trabalhando com esta faixa etária por meio de ações educativas lúdicas e dinâmicas, fixando melhor o conhecimento e contribuindo, dessa forma, com o surgimento de futuros adolescentes e adultos com o senso crítico e com objetivos a serem alcançados na vida com responsabilidade e compromisso. Assim, devido à alta prevalência de violência e uso e abuso de álcool e outras drogas na adolescência, abrem-se novos espaços para um novo olhar diante desta realidade, afirmando-nos como protagonistas no processo de melhores condições de vida dos jovens.

Referências

FERREIRA, M. A. A educação em saúde na adolescência: grupos de discussão como estratégia de pesquisa e cuidado-educação. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 205- 11, 2006.

_____. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 217-224, 2007.

OLIVEIRA, A. S.; ANTONIO, P. S. Sentimentos do adolescente relacionados ao fenômeno bullying: possibilidades para a assistência de enfermagem nesse contexto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 8, n. 1, p. 30-41, 2006.

SILVA, S. E. V. (Org.). **A questão do uso de álcool e outras drogas por adolescentes**. Maceió: EDUFAL, 2011.

THIENGO, M. A.; OLIVEIRA, D. C.; RODRIGUES, B. M. R. D. Representações sociais do HIV/AIDS entre adolescentes: implicações para os cuidados de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 68-76, 2005.

Agradecimentos

Agradecemos à coordenação da Escola de Tempo Integral Claudeci Bispo, bem como aos professores que nos acolheram e aceitaram que nós realizássemos essa tarefa tão importante, que é trabalhar a temática do álcool e outras drogas na adolescência, com o objetivo de amenizar essa prática que se encontra tão presente nesta fase da vida. Além disso, somos gratos pelo engajamento e compromisso de todos os integrantes do PET-Saúde Mental em nossas atividades planejadas.

TERRITORIALIZAÇÃO E SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS ATORES DO TERRITÓRIO

Autor 1 Maria Fabiana de Sena Neri – Escola de Saúde Pública do Ceará, mfabisn@gmail.com.

Autor 2 – Adriana Goes – Escola de Saúde Pública do Ceará

Autor 3 – Alma Clara Setúbal – Escola de Saúde Pública do Ceará

Autor 4 – Patrícia Soares Cavalcante – Escola de Saúde Pública do Ceará

Autor 5 – Laryssa Galeno Alves - Escola de Saúde Pública do Ceará

Autor 6 Paola Calvasina – Universidade de Toronto

Palavras-chave: Território. Saúde. Profissionais de Saúde. Comunidade.

Resumo

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem seu foco na unidade familiar e é baseada em estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças na comunidade. Sendo a territorialização um dos pressupostos básicos do trabalho na ESF e considerando o território adscrito de abrangência das equipes de referência e apoio matricial da Residência Integrada em Saúde de Fortaleza-CE os bairros Couto Fernandes e Panamericano, este estudo tem como objetivo descrever o processo de territorialização da Unidade de Atenção Primária em Saúde Oliveira Pombo durante os meses de junho e julho de 2014. A metodologia utilizada é a de relato de experiência, onde são expressas a vivência de cinco oficinas de territorialização para o reconhecimento e apropriação das dinâmicas da comunidade. As oficinas foram: “Resgatando a História do Couto Fernandes”, Oficina de Territorialização da UAPS Oliveira Pombo, “Conhecendo o Território”, “O Lugar Onde Eu Moro” (bairro Panamericano) e “O Lugar Onde Eu Moro” (bairro Couto Fernandes), baseadas nas necessidades da unidade de saúde, dos funcionários e da população em questão, propiciando o reconhecimento da dinâmica do território vivo, as necessidades da população e o planejamento de ações de saúde baseadas nas necessidades dos usuários.

Introdução

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem seu foco na unidade familiar e tem por função operacionalizar estratégias de prevenção e promoção à saúde de acordo com a comunidade na qual está inserida.

A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho da ESF. Essa tarefa adquire, no entanto, ao menos três sentidos diferentes e complementares de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços, de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência (Pereira, Barcelos, 2006).

Com este processo consegue-se coletar informações da unidade de saúde e da área envolvida e, a partir da realidade apresentada, buscar formas de intervenção com as ações propostas na agenda de trabalho, buscando relacioná-los com os principais agravos de saúde que permeiam o território.

O território de abrangência da Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS) Oliveira Pombo inclui os bairros Couto Fernandes e Panamericano, cenários de prática de uma das equipes de Residência Integrada em Saúde com ênfase em Saúde da Família e Comunidade do município de Fortaleza da Escola de Saúde Pública do Ceará.

Considerando o território adscrito de abrangência das equipes de referência e apoio matricial da Residência Integrada como um território-processo e dinâmico e a atuação destes profissionais numa perspectiva de trabalhar as alternativas do modelo biomédico vigente para o cuidado, este estudo tem como objetivo relatar a experiência do processo de territorialização realizado na UAPS Oliveira Pombo no período de junho e julho de 2014.

Metodologia

A metodologia utilizada para descrever o processo de territorialização da UAPS Oliveira Pombo foi de relato de experiência (SOUZA et al. 2007; OLIVEIRA, RESSEL, 2010). Onde foram realizadas um total de cinco oficinas de territorialização para que os Residentes pudessem se apropriar das informações e vivências do território em questão, que foram: “Resgatando a História do Couto Fernandes”, Oficina de Territorialização da UAPS Oliveira Pombo, “Conhecendo o Território”, “O Lugar Onde Eu Moro” (bairro Panamericano) e “O Lugar Onde Eu Moro” (bairro Couto Fernandes).

Com o objetivo de intervir no território-processo da unidade de saúde Oliveira Pombo de forma a levar estratégias que excedem ao modelo biomédico hegemônico, neste momento há a descrição da coleta de informações acerca da área envolvida a partir da vivência daqueles que moram, trabalham ou tem alguma relação com a mesma.

As oficinas contaram com a participação de moradores dos bairros Couto Fernandes e Panamericano, profissionais de saúde

e coordenação da unidade e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Foram utilizadas metodologias lúdicas e participativas (OLIVEIRA, RESSEL, 2010) pelos Residentes para que fosse coletado o máximo de informações possíveis acerca do território e da unidade de saúde envolvidos.

Na oficina para resgatar a história do Couto Fernandes, foi realizada uma roda de conversa com os moradores antigos do bairro para a criação de uma “linha do tempo” que envolvesse os marcos mais expressivos da comunidade relatadas por eles. Um segundo momento onde envolveu a UAPS e seus funcionários foi utilizado a metodologia de priorização e elencação de problemas pela matriz SWOT (TEIXEIRA, 2010), sendo os problemas citados e a formação da matriz uma construção participativa dos mesmos. As oficinas que abrangeu o reconhecimento do território pelos ACS e pela população (terceiro, quarto e quinto momento, respectivamente) seguiram as metodologias de elencar e priorizar os problemas do território.

Resultados e Discussão

As vivências, problemas, potencialidades e prioridades dos profissionais de saúde, usuários do serviço, moradores dos bairros Couto Fernandes e Panamericano e das lideranças políticas locais foram coletadas em cinco oficinas durante o período de territorialização da equipe, nas quais levou em consideração a vivência histórica dos moradores da região, as relações interpessoais existentes na unidade de saúde, a experiência do Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e sua estreita relação com a comunidade e as distâncias e barreiras geográficas existentes entre os dois bairros envolvidos.

Na primeira oficina – Roda de Conversa Resgatando a História do Couto Fernandes, era visível o orgulho dos moradores de ter participado da luta pela conquista da energia elétrica, da água encanada, da associação de moradores, assim como também o cansaço de anos de luta e a desmotivação pela ausência de continuidade nos projetos. A segunda oficina de Territorialização da UAPS Oliveira Pombo foi facilitada pelo momento “Chuva de Ideias” da equipe foi possível perceber como problemas recorrentes a estrutura atual do posto, a distância do território, a ausência de roda de conversa, a fragilidade de informações epidemiológicas e a necessidade de momentos de motivação dos profissionais. Enquanto potencialidades, foi identificado a integração da equipe, bons técnicos e organização da coordenação. Ao final, foi estabelecido algumas prioridades dentro dos problemas elencados: a necessidade de criação de grupos prioritários em saúde, a resolução da ausência de informações epidemiológicas da população e agregar mais profissionais da equipe para o trabalho de atendimento já realizado no Couto Fernandes.

Em determinado momento da territorialização houve a necessidade de se conversar com os ACS. Propõe-se a oficina “Conhecendo o Território”. Entre as dificuldades elencou-se a grande distância da UAPS Oliveira Pombo para a comunidade Couto Fernandes, saneamento básico e coleta de lixo precários pela necessidade de educação ambiental das comunidades, falta de acolhimento ao usuário com transtorno psíquico e drogadição, falta de espaço para atendimento em saúde nas microáreas da Equipe de Saúde da Família (EqSF) III, falta de trabalhos das equipes da unidade com grupos prioritários em saúde, dificuldades de acesso nas áreas de condomínios, pessoas que trabalham e somente chegam em suas casas à noite, abandono e violência intra familiar com idosos, fila de espera para exame, falta de medicação de controle especial nos postos, insegurança dos moradores devido a criminalidade, falta de médico na EqSF I e ações de saúde para o profissional de saúde (“Cuidando do Cuidador”).

Quanto às potencialidades referidas pelos profissionais tem-se a aceitação da visita do ACS pela comunidade, existência de espaços para trabalhos em grupo no bairro Panamericano, a maioria das equipes de saúde estão completas, o atendimento aos hipertensos e diabéticos na própria comunidade - desenvolvido pela EqSF IV (Capela Nossa Senhora do Carmo – Couto Fernandes), potencialização do espaço da antiga sede do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) para trabalhos em grupo com idosos, gestantes e usuários de drogas; perspectiva positiva com a reforma do posto e trabalho com jovens e adolescentes em escolas.

A oficina de territorialização: “O lugar onde eu moro” foi orientada para os moradores dos bairros Panamericano e Couto Fernandes em dois momentos distintos. Os pontos fracos elencados pelos moradores do Panamericano foram a falta de comunicação das informações na unidade de saúde, o acolhimento prejudicado devido à insuficiência de perfil do profissional, a falta de continuidade das atividades dos projetos, insuficiência de vínculo e comprometimento dos profissionais da unidade, a falta de mobilização dos moradores para saúde ambiental, a faltam de programas/cursos/oficinas com a comunidade a partir da ESF, a falta de aproveitar os talentos da comunidade, a existência de praças deterioradas que podem facilitar o consumo de drogas e a negligência da unidade de saúde com relação a nutrição dos hipertensos e diabéticos.

Como pontos fortes foram citados a existência de equipamentos públicos no bairro, o trabalho e comprometido dos ACS, eventos comemorativos e culturais existentes e material humano como: maestro, artesãos e mobilizadores.

A última oficina de territorialização: “O lugar onde eu moro”, com a população do Couto Fernandes. Foi elencado como pontos fortes do bairro o trabalho da pastoral ativo e apoio do posto de saúde, a visita domiciliar, o apoio dos moradores em fazer qualquer mobilização no bairro, a existência da capela como ponto de apoio, povo acolhedor e atendimento do posto Oliveira Pombo, dos profissionais e principalmente dos ACS.

Os problemas relatados foram a distância e acesso difícil ao posto - mais visita dos profissionais de saúde para o idoso, violência contra o idoso, falta de grupo de idosos, falta de ponto de apoio para a EqSF III, violência, policiamento deficiente, alcoolismo, falta de participação dos moradores para mobilizar e fazer movimentos políticos, falta de saneamento básico, jovens ociosos, fila de espera pra realizar exames, falta de comunicação do CRAS e atendimento deficiente, falta de apoio a pessoa com deficiência (saúde e escola).

Conclusão

A experiência de territorialização realizada pelas equipes de residentes da Saúde da Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Ceará propiciou uma reflexão crítica acerca do território envolvido, a unidade de saúde e sua dinâmica de trabalho, o modelo assistencial adotado pelo município de Fortaleza e o que está sendo realizado na UAPS Oliveira Pombo e a vivência profissional de cada Residente.

As entrevistas com os profissionais de saúde no ambiente da UAPS Oliveira Pombo, as visitas aos pontos de atenção da RAS de Fortaleza e aos bairros, juntamente com as oficinas de territorialização das necessidades do território propiciaram o conhecimento dos determinantes sociais de saúde, modos de vida, cultura local, relações de conflito entre instituições e instituições-comunidade e o modo de organização da assistência.

O modelo assistencial adotado pelo município de Fortaleza concretiza-se a partir da consultoria de Eugênio Vilaça, o qual visa readequação da Atenção Primária em Saúde (APS) que está sendo desenvolvido nas unidades de saúde, em oficinas que implementam a territorialização, o cadastro familiar e diagnóstico local, a estratificação de risco, a auditoria na UAPS, a atenção às condições crônicas e agenda programada.

As oficinas de territorialização permitiram o conhecimento a cerca da vivência histórica dos moradores dos bairros, as relações interpessoais existentes na unidade de saúde, a experiência dos ACS e sua estreita relação com a comunidade e as distâncias e barreiras geográficas existentes entre os dois bairros envolvidos, além do mapeamento das práticas e pontos de atenção no território.

Os problemas priorizados pela população e profissionais de saúde com maior urgência de resolução foram a falta de ponto de apoio para atendimento em saúde da EqSF III, organização política da comunidade, cuidado ao idoso e ao deficiente, atenção ao jovem (álcool, droga e violência), educação ambiental (saneamento e lixo irregular), falta de programas/cursos/oficinas para a comunidade (aproveitamento dos talentos da comunidade e dos espaços), necessidades de acolher os trabalhadores de saúde (“cuidando do cuidador”) e insuficiência da capacitação com ACS em temáticas abordando as dificuldades pontuadas,

Foi a partir do processo de territorialização que pode-se elencar as vulnerabilidades do território para a assim possibilitar a realização de um planejamento participativo com o intuito de estabelecer intervenções, resultados e impacto positivo na resolução dos problemas em saúde. O território envolvido apresenta as características e contrastes típicos de bairros antigos de metrópoles brasileiras, luz elétrica, asfalto, condomínios e saneamento básico em meio a populações que sofrem as mazelas da sociedade carregadas através do tempo, como lixo e esgoto a céu aberto, “puxadinhos”, drogadição e violência.

Com o processo de empoderamento do território, em que os Residentes da UAPS Oliveira Pombo se envolveram, propiciou o conhecimento das necessidades dos atores do território, importante para fomentar as habilidades e atitudes dos profissionais-residentes na atuação dos núcleos no território.

Referências

1. PEREIRA M. P. B; BARCELLOSC. O território no programa de saúde da família. Hygeia, 2(2):47-55, jun 2006.
2. SOUZA M. M; BRUNINI S; ALMEIDA N. A. M; MUNARI D. B. Programa educativo sobre sexualidade e DST: relato de experiência com grupo de adolescentes. Rev Bras Enferm, Brasília 2007 jan-fev; 60(16):102-5.
3. OLIVEIRA S. G; RESSEL L. B. Grupos de adolescentes na prática de enfermagem: um relato de experiência. Cienc Cuid Saude 2010 Jan/Mar; 9(1):144-148.
4. TEIXEIRA C. Enfoques teórico-metodológicos do planejamento em saúde. In: Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências – Salvador: EDUFBA, 2010.

Agradecimentos

Agradecimentos sinceros às equipes de saúde da Unidade de Atenção Primária à Saúde do Oliveira Pombo e à população dos bairros Couto Fernandes e Panamericano de Fortaleza-CE.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

V Seminário Internacional em
Promoção da Saúde